



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Marina Coutinho de Carvalho Pereira

**O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL PREVIDENCIÁRIO:
desafios para sua consolidação**

Dissertação submetida ao Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Phd. Claudia Maria França Mazzei Nogueira.

Florianópolis

2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC

Pereira, Marina Coutinho de Carvalho O serviço de Reabilitação Profissional previdenciário [dissertação] : desafios para sua consolidação / Marina Coutinho de Carvalho Pereira ; orientadora, Claudia Maria França Mazzei Nogueira - Florianópolis, SC, 2013. 119 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Inclui referências

1. Serviço Social. 2. Reabilitação Profissional. 3. Previdência Social. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Trabalho. I. Nogueira, Claudia Maria França Mazzei. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.



TERMO DE APROVAÇÃO

Marina Coutinho de Carvalho Pereira

O serviço de Reabilitação Profissional previdenciário: desafios para sua consolidação

Dissertação aprovada, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de março de 2013.

Profa. Dra. Hellenara Silveira Fagundes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC

Banca examinadora:

Profa. Phd. Claudia Maria Franca Mazzei Nogueira
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC
Orientadora

Prof. Dr. Ricardo Lara
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC

Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmento
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC

Prof. Dr. Adriano Henrique Nuernberg
Membro externo - CFH Psicologia – UFSC

À Sonia e Claudia, alicerces fundamentais, e a todos que lutam em direção a uma outra sociabilidade, pela superação do instituído.

AGRADECIMENTOS

Durante minha trajetória acadêmica e elaboração da presente dissertação muitas foram as ideias compartilhadas e os incentivos para continuar a percorrer os (des)caminhos em que acredito e (re)construir permanentemente minhas convicções. Para não correr o risco de esquecer alguém, agradeço a todos e todas que contribuíram durante esse período: familiares, amigos, conhecidos, desconhecidos, servidores, trabalhadores, camaradas, em especial àqueles do NETeG (Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Gênero), CALISS (Centro Acadêmico Livre de Serviço Social), APG (Associação dos Pós-Graduandos), movimento das pessoas com deficiência e de outros espaços de luta que tenho me inserido pelas lutas e estudos em prol de causas coletivas. Agradeço a todos (as) ainda pela compreensão de minha ausência durante longo período de meus estudos, pelas reflexões intensas proporcionadas e momentos de descontração.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer carinhosamente e emocionadamente à professora pós-doutora Claudia Mazzei Nogueira, orientadora e amiga por quem tenho muita admiração e apreço, que esteve sempre presente com dedicação em meus momentos de dúvidas e angústias, sempre me incentivando para alçar novos rumos e não medindo esforços para tal, mesmo em momentos difíceis. Além disso, gostaria de ressaltar ainda minha gratidão por me instigar a pesquisar sobre mundo do trabalho e saúde do trabalhador com preocupação de militante no viés marxiano e lukacsiano, permitindo o desfrute de seus conhecimentos cuja temática é pesquisadora referência com densa contribuição para o Serviço Social e outras áreas do conhecimento, incentivando as indagações e ações / mobilizações para ruptura daquilo que está instituído. Por fim, meu profundo muito obrigada e reconhecimento como mestre, exemplo, conselheira e companheira que desde a minha graduação me concedeu o prazer e acalento de compartilhar enorme aprendizado, com incansável estímulo às minhas inquietações e ousou defender e trilhar na construção daquilo que acreditamos: uma sociedade justa sem opressão/exploração, sendo o NETeG, do qual foi fundadora, um dos frutos da luta coletiva.

Ao professor doutor Ricardo Lara, companheiro de luta, agradeço por aceitar compor minha banca e pela trajetória e incentivos compartilhados em sala de aula, no NETeG, pós-NETeG e no cotidiano, assim como por dar continuidade ao NETeG no Departamento de Serviço Social, com autonomia e autenticidade característica. Agradeço também pelo aprofundamento e aprendizado proporcionado nas discussões e militância com inspiração desde os clássicos — Marx, Engels, Lênin, Lukács — a Florestan e Mészáros.

Ao professor doutor Adriano Henrique Nuernberg, agradeço por ter aceitado compor minha banca, mas também ressalto à imensa satisfação de sempre poder contar contigo junto à militância do movimento das pessoas com deficiência, expresso ainda meu reconhecimento por sua trajetória profissional que acompanho desde minha graduação.

Agradeço também à professora doutora Ivete Simionatto pelas valiosas contribuições na minha qualificação e pelo prazer de conviver e compartilhar seus conhecimentos, inclusive no NESPP (Núcleo de Pesquisa Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social), e também pelas palavras de carinho e estímulo para meus “novos voos” ao término do mestrado.

À professora doutora Ana Maria Baima Cartaxo, agradeço pelo incentivo ao estudo da política previdenciária e pelo aprofundamento dos debates realizados durante toda nossa trajetória da pesquisa de âmbito nacional que vínhamos desenvolvendo desde 2009 acerca da formação e exercício profissional na referida política. Além disso, agradeço por ter me incutido inquietações acerca da Reabilitação Profissional na época da graduação que para respondê-las tenho me esmerado desde então.

Agradeço ainda aos professores doutores Hélder Boska Sarmiento e Helenara Silveira Fagundes, como coordenadores do PPGSS, por sempre prontamente terem me dado apoio institucional para a elaboração e conclusão da dissertação. E, particularmente sou grata à Helenara pelo período de orientação. Quanto ao Hélder, agradeço ainda o aceite para compor minha banca, sendo um prazer contar com sua presença, principalmente, conhecendo seu rigor e minucioso cuidado nas análises e sua dedicação sempre aberto ao diálogo.

A todos e todas profissionais do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) de Florianópolis e aos trabalhadores em cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional que aceitaram participar da pesquisa realizada, meu agradecimento e reconhecimento pela luta que travam no cotidiano.

E, por fim, um agradecimento diferenciado a meus familiares: Arina Barbosa Coutinho, minha avó, pela oportunidade de residir em Florianópolis e pelos debates e questionamentos diante das notícias midiáticas, fortalecendo meus posicionamentos e incentivo à militância; Eduardo José Coutinho de Carvalho Pereira, meu irmão, pelos momentos de descontração e incentivo; e, especialmente, agradeço com carinho e admiração à Sonia Regina Coutinho de Carvalho Pereira, minha mãe, pelos incentivos e contribuições com questões que desafiam minhas convicções e me fazem questionar a realidade posta, bem como pelos esforços realizados para que eu aprofundasse meus estudos e pela sua importante trajetória como militante e Assistente Social que me inspiraram para o que sou hoje .

Quando aumenta a repressão, muitos desanimam.
Mas a coragem dele aumenta.
Organiza sua luta pelo salário, pelo pão
e pela conquista do poder.
Interroga a propriedade:
De onde vens?
Pergunta a cada idéia:
Serves a quem?
Ali onde todos calam, ele fala
E onde reina a opressão e se acusa o destino,
ele cita os nomes.
À mesa onde ele se senta
se senta a insatisfação.
À comida sabe mal e a sala se torna estreita.
Aonde o vai a revolta
e de onde o expulsam
persiste a agitação.

Bertold Brecht, Elogio do Revolucionário.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender e analisar o funcionamento do serviço de Reabilitação Profissional previdenciário, tendo como parâmetro a realidade local desse serviço prestado na Agência de Previdência Social Florianópolis/Continente (APS), durante o ano de 2012, atrelada à realidade nacional. Buscou-se apreendê-lo como resposta estatal aos agravos que acometem à saúde dos trabalhadores decorrentes do processo de trabalho, processo de produção e formas de organização do trabalho, assim como explicitar as contradições que o permeiam diante dos distintos interesses que justificam sua existência. Constatou-se que as mudanças ocorridas, desde a década de 1990, no referido serviço foram realizadas com a propagação de justificativas sob a égide da eficácia e eficiência e melhoria do serviço prestado, mas estas não solucionaram os principais problemas apontados por profissionais, trabalhadores, pesquisadores, sindicatos, movimentos sociais etc. para o seu funcionamento. Mas, pelo contrário, foram adotadas as medidas advindas com a contrarreforma do Estado em curso. Concluiu-se que esse serviço a nível local, enquanto subordinado à realidade nacional, segue a mesma programática a qual, na atualidade, tem se direcionado pela lógica economicista de contenção de custos, afastando-se do atendimento às reais necessidades de seus usuários.

Palavras-chave: Reabilitação Profissional, saúde do trabalhador, política previdenciária, trabalho.

ABSTRACT

The study aimed to understand and analyze the functioning of the Professional Rehabilitation Service of the National Institute of Brazilian Social Security, having as parameter the local reality of service in the Agency of Social Florianópolis / Continente (APS) during the year 2012, linked to the national reality. We looked for to apprehend it as a response to state complaints that affect the health of workers arising from the work process, production process and forms of work organization, as well as explain the contradictions that pervade different interests that justify their existence. It was found that the changes since the 1990s, were performed with the spread of justification under the aegis of the effectiveness and efficiency and improved service, but these did not solve the main problems pointed out by professionals, workers, researchers, unions, social movements etc.. for its operation. But, on the contrary, were adopted measures stemming from the ongoing counter-reform of the state. It was concluded that this service locally, while subordinate to the national reality, follows the same programmatic which, today, has been directed by the economistic logic of cost containment, away from meeting the real needs of their users.

Keywords: Professional Rehabilitation, Workers' health, Brazilian Social Security, labor.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quantidade de benefícios concedidos, por clientela, segundo os grupos de espécies - 2009/2011	54
Quadro 2: Quantidade de acidentes do trabalho	55
Quadro 3	89
Quadro 4	89

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1: Reabilitação Profissional na DIRSAT.....	69
Imagem 2: Reabilitação Profissional nas GEX / APS (Gerência Executiva / Agência da Previdência Social).....	70
Imagem 3: Reabilitação Profissional.....	72

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A: Questionário aplicado aos profissionais da RP	108
Apêndice B: Questionário aplicado aos segurados em RP	110
Anexo A: Lei nº. 11.907, de 2 de fevereiro de 2009	115
Anexo B: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética.....	117

LISTA DE SIGLAS

AEAT — Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho
AEPS — Anuário Estatístico da Previdência Social
APS — Agência da Previdência Social
BERP — Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional
CAT — Comunicação de Acidente do Trabalho
CEREST — Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CCQ — Círculos de Controle de Qualidade
CID — Classificação Internacional de Doença
CIDDID — Classificação Internacional de deficiências e Incapacidades e Desvantagens
CIDDM-2 — Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação
CIF — Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CGPASS — Coordenação Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais
CNPS — Conselho Nacional de Previdência Social
CREABP — Coordenação de Reabilitação Profissional
CRP — Centro de Reabilitação Profissional
DGARP — Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional
DGUV — Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DIRSAT — Diretoria de Saúde do Trabalhador
ERPAPS — Equipe de Reabilitação Profissional nas Agências da Previdência Social
GEX — Gerência Executiva
INPS — Instituto Nacional de Previdência Social
ICIDH — Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap
INSS — Instituto Nacional do Seguro Social
MPAS — Ministério da Previdência e Assistência Social
MTE — Ministério do Trabalho e Emprego
MPS — Ministério da Previdência Social
NTEP — Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
NRP — Núcleo de Reabilitação Profissional
OIT — Organização Internacional do Trabalho
OMS — Organização Mundial de Saúde
OPAS — Organização Pan-Americana da Saúde
PDRAE — Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

PNSST — Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PRES — Presidência

PRP — Programa de Reabilitação Profissional

RP — Reabilitação Profissional

RT — Responsável Técnico

SST — Serviço / Seção de Saúde do Trabalhador

SUS — Sistema Único de Saúde

UERP — Unidades Executivas de Reabilitação Profissional

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	17
2. O PROCESSO DE SAÚDE E ADOECIMENTO DO TRABALHADOR SOB A ÓTICA DA CRÍTICA DA ECONOMIA POLÍTICA: CONTRADIÇÕES DO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA RELACIONADAS AO TRABALHO.	20
2.1 O TRABALHO COMO PROTOFORMA DO SER SOCIAL E O TRABALHO ALIENADO/ESTRANHADO	20
2.2 O TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E SUA RELAÇÃO COM O AGRAVO À SAÚDE DOS TRABALHADORES	24
2.3 A CONFIGURAÇÃO DO MUNDO DO TRABALHO NO SÉCULO XXI	34
2.3.1 Os impactos da crise estrutural do capital no Brasil	42
2.4 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO.	46
3. A PREVIDÊNCIA SOCIAL COMO RESPOSTA AO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA NO SÉCULO XXI: DESAFIOS PARA O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DIANTE DAS CONTRARREFORMAS EM CURSO	51
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CONSTITUIÇÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL	56
3.1.1 Plano de Modernização e <i>Reabilita</i> em debate: a desconstrução da RP em curso	59
3.2 O FUNCIONAMENTO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS) NA ATUALIDADE: LIMITES E DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO	67
3.2.1 Caracterização do serviço de Reabilitação Profissional	67
3.2.2 Estrutura de funcionamento da Reabilitação Profissional no INSS.....	68
3.3 OS RUMOS DA RP NA ATUALIDADE: ANTAGONISMOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA — LÓGICA DE CONTENÇÃO DE GASTOS VERSUS PROTEÇÃO SOCIAL E PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE DO TRABALHADOR	84
3.4 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE DO TRABALHADOR PARA EXERCER ATIVIDADES LABORAIS	88
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES	107
ANEXOS	114

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação surgiu da inquietação diante dos entraves enfrentados por aqueles que se encontram na condição de adoecido e /ou acidentado e que recorrem à política previdenciária para percepção de benefícios, assim como da incomodação perante os impasses gerados entre a empresa/ instituição e Previdência Social numa correlação de forças acerca de suas responsabilidades diante do agravo à saúde do trabalhador ocorrida.

Diante desses agravos, a resposta do Estado tem sido mediante políticas que compõem a Seguridade Social, tais como: atendimento do trabalhador no Sistema Único de Saúde e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest; através de benefícios e serviços previdenciários, entre eles a Reabilitação Profissional; e via Ministério do Trabalho e Emprego enquanto órgão fiscalizador dos postos de trabalho.

Escolhemos a Reabilitação Profissional (RP) para estudo por se inserir no bojo da controversa relação entre processo de saúde-adoecimento e respostas dadas pelo Estado a este, assim como por se constituir num *locus* que tem tomado vulto no interior da Previdência Social por visar o retorno do trabalhador ao desempenho de atividades laborais.

O *locus* institucional da RP é permeado de contradições, a começar pela sua inserção na política previdenciária. O interesse de uma “seguradora” vai na contramão das necessidades dos trabalhadores em situação de agravo à sua saúde, haja vista que, por um lado, e ao mesmo tempo, ela arrecada as contribuições para quando ocorrer alguma contingência que impeça o trabalhador de desempenhar suas atividades laborais ter aonde recorrer, mas por outro, é questionado por ela, na atualidade, o número de concessões de benefícios que ao aumentar onerariam o sistema¹. Entretanto, não se explicita o que está por trás do aumento no número de requerimentos para percepção dos benefícios previdenciários, que é o adoecimento/acidentes/ agravos que debilitam a saúde do trabalhador e o leva ao afastamento das atividades laborais que desempenhava.

No meio desse “fogo cruzado”, a RP tem sido utilizada para atender mais aos interesses do capital para que não se onere o sistema e o trabalhador afastado retorne ao mundo do trabalho o mais breve possível e volte a contribuir para que a Previdência continue arrecadando.

¹ Embora isso não devesse ocorrer no sistema público, sabemos que ocorre.

Sem dúvidas, não defendemos o afastamento *ad eternum* daqueles que possuem condições físicas e psíquicas para o retorno às atividades laborais, mas é imprescindível que o serviço de RP forneça meios de (re)adaptação profissional condizentes às necessidades dos usuários, de forma a possibilitar efetivamente o retorno destes às atividades laborais, embora não mais seja responsabilidade da Previdência Social a colocação de seus usuários em postos de trabalho, nem a garantia da manutenção destes nos mesmos.

Diante do atual cenário que configura o mundo do trabalho no século XXI, indaga-se: qual a importância de se prestar serviço de RP àqueles que são acometidos por adoecimentos/acidentes laborais diante do enorme contingente que constitui o exército industrial de reserva existente, podendo se descartar e substituir o trabalhador afastado por outro? Ao concluir o cumprimento do programa de RP, há possibilidade e/ou garantia do trabalhador obter novo emprego ou manter-se no seu vínculo de origem?

Estas questões perpassam à efetividade do serviço de RP e desvelam de que forma este tem servido aos distintos interesses em questão, sendo necessário para nos aproximarmos de respostas a estas indagações o estudo do funcionamento do serviço de RP.

Portanto, é procurando responder a essas questões que essa dissertação tem como objetivo compreender e analisar, dentro de uma perspectiva crítico-dialética, o funcionamento do serviço de RP previdenciário, tendo como parâmetro a realidade local do serviço de RP prestado na Agência de Previdência Social Florianópolis/Continente (APS), durante o ano de 2012, atrelada à realidade nacional.

Buscamos conhecer a estrutura e forma de organização do referido serviço, as requisições institucionais *versus* necessidades dos usuários, as condições de trabalho, seu direcionamento diante das contrarreformas² do Estado e de que forma tem propiciado meios para o retorno do usuário às atividades laborais.

A pesquisa realizada configurou-se de caráter exploratório qualitativa, tendo como estratégia metodológica a pesquisa documental — através das leis, planos e projetos institucionais e relatórios — e pesquisa bibliográfica a partir das bibliografias disponíveis sobre a temática. Utilizou-se como instrumento a aplicação de questionários

² Para Behring (2008), a contrarreforma é utilizada como categoria analítica para designar que a "reforma" do Estado no Brasil se caracteriza por um amplo processo de redução de direitos e regressão das conquistas realizadas pelas classes trabalhadoras.

aos profissionais que atuam no serviço de RP da APS Florianópolis/Continente (apêndice A), de forma aleatória, perfazendo o número de 4 entrevistados num total de 8, o que corresponde a uma amostra de 50 %. Também se procurou entrevistar àqueles em cumprimento do processo de RP, mas não houve possibilidade de fazê-la diretamente, sendo repassados os formulários para os profissionais do serviço de RP aplicá-los, porém o número de entrevistados foi muito baixo, apenas 5 que obtivemos retorno, não podendo, portanto, expressar a realidade local sob a ótica dos usuários.

Cabe ressaltar que como o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é uma instituição altamente burocratizada submetida a rígido controle, há dificuldades expressivas em se ter acesso aos dados institucionais quando não se faz parte do quadro de servidores. Apesar disso, houve contribuição de alguns servidores para que este estudo pudesse ser realizado.

No que diz respeito à estrutura da dissertação, ela está dividida em duas seções. Na primeira, buscou-se abordar acerca do processo de saúde-adoecimento do trabalhador, sob a ótica da crítica da economia política, diante das contradições do modo de produção capitalista relacionadas ao trabalho, pois para apreendermos as múltiplas determinações que permeiam e rebatem no serviço de RP é mister se tratar, primeiramente, acerca da relação trabalho-saúde na compreensão da saúde-doença enquanto um processo social que envolve as relações sociais, processo de produção e organização do trabalho.

Já na segunda seção, abordou-se sobre a Previdência Social como resposta estatal ao processo de saúde-doença na atualidade. Foi, ainda, realizada a indicação de alguns marcos históricos do serviço de RP brasileiro para poder compreender a realidade da Previdência Social nos dias de hoje. Em seguida, foi tratado sobre a estrutura e funcionamento do serviço de RP no século XXI e os desafios postos a ele pelas contrarreformas do Estado em curso. Nesta seção, as considerações tecidas acerca da realidade nacional são relacionadas à realidade local da prestação do serviço de RP pela APS Florianópolis/Continente, a qual é subordinada em sua operacionalização segundo as normativas da primeira.

Após as duas seções, tecemos as considerações finais a partir da direção apontada pelos resultados da pesquisa e enfatizamos a importância da luta coletiva em prol de uma outra sociabilidade.

Foi com esse desenho que desenvolvemos nossa dissertação tendo como intuito, não só de analisarmos a realidade do serviço de Reabilitação Profissional

previdenciário, mas, também, contribuir com os profissionais e pesquisadores da área da previdência social, saúde coletiva, sindicatos, trabalhadores que tem adoecido e/ou se acidentado na realização de atividades laborais e demais interessados na temática para que possamos lutar coletivamente rumo a mudanças do *status quo*.

2. O PROCESSO DE SAÚDE E ADOECIMENTO DO TRABALHADOR SOB A ÓTICA DA CRÍTICA DA ECONOMIA POLÍTICA: CONTRADIÇÕES DO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA RELACIONADAS AO TRABALHO

2.1 O TRABALHO COMO PROTOFORMA DO SER SOCIAL E O TRABALHO ALIENADO/ESTRANHADO

Antes de debater o processo de adoecimento do trabalhador é necessária a discussão sobre a categoria trabalho, para melhor apreensão da relação trabalho-saúde no modo de produção vigente. Para tanto, apresentaremos a concepção de ser genérico que balizamos nossa concepção de mundo, tal como Marx nos Manuscritos de Paris identificou o trabalho dessa forma:

A vida genérica, tanto no homem quanto no animal, consiste fisicamente, em primeiro lugar, nisto: que o homem (tal qual o animal) vive da natureza inorgânica, e quanto mais universal é o domínio da natureza inorgânica da qual ele vive. Assim como plantas, animais pedras, ar luz, etc., formam teoricamente uma parte da consciência humana, em parte como objetos da ciência natural, em parte como objetos da arte [...] formam também praticamente uma parte da vida humana e da atividade humana. [...] A natureza é o corpo inorgânico do homem, a saber, a natureza enquanto ela mesma não é corpo humano. O homem vive da natureza significa: a natureza é o seu corpo, com o qual ele tem de ficar num processo contínuo para não morrer. Que a vida física e mental do homem interconectada com a natureza não tem outro sentido senão que a natureza está interconectada consigo mesma, pois o homem é parte da natureza (MARX, 2010, p. 84).

Um olhar impressionista poderia concluir que o ser genérico na sociedade burguesa adocece porque o trabalho em si é nocivo para quem o executa. Negamos tais afirmações, pois compreendemos que o trabalho é a forma originária do ser social.

O trabalho embora se apresente sob vários modos de produção durante o processo histórico, ele mantém uma característica comum entre eles e se objetiva como “um momento de efetivação das relações sociais, visando a produção social e a

reprodução da humanidade” (NOGUEIRA, 2006). Conforme Lukács *apud* NOGUEIRA (2006, p. 140), ele

tem a função de mediar o intercâmbio entre o homem e a natureza, isto é, a vida dos homens (...) até que não tenha entrado numa relação reflexiva com o valor de troca, (...) o valor de uso nada mais designa do que um produto do trabalho que o homem pode usar apropriadamente para a reprodução da sua própria existência.

Para Marx (2011, p.211),

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais do seu corpo — braços e pernas, cabeça e mãos —, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. Não se trata aqui das formas instintivas, animais, de trabalho. Quando o trabalhador chega ao mercado para vender sua força de trabalho, é imensa a distância histórica que medeia entre sua condição e a do homem primitivo com sua forma ainda instintiva, animais, de trabalho.

Portanto, o trabalho é a categoria fundante do ser social, prioritária para que as relações sociais existam, sendo central na vida humana. Importante observar que todos os seres animais (biológicos) se objetivam na natureza exterior, mas o ser social se objetiva pelo trabalho com características próprias. O trabalho para o ser social sempre remete para além das necessidades biológicas. Marx nos referidos Manuscritos de Paris reconheceu o sentido do ser social onde sua objetivação primordial é o trabalho, visto que, em suas palavras, o homem produz para além de suas necessidades físicas e biológicas manipulando a natureza universalmente.

Contudo, Marx demonstrou que a “natureza” do homem é sua atividade como trabalho interconectada com a natureza e esta, por sua vez, ao entrar em contato com o homem se modifica tornando-se uma natureza humanizada. A partir dessa relação recíproca, homem e natureza não serão mais os mesmos. Portanto, o homem modifica a natureza e modifica a si mesmo, sua consciência e sua forma material de viver. Essa relação acumulativa de domínio da natureza e das relações sociais, para Marx (2007), são as forças produtivas. O domínio da natureza que o homem realiza é em decorrência da própria natureza do trabalho humano, pois o homem utiliza da capacidade do pôr

teleológico como forma de dominar a natureza. A partir de Marx, teleologia pode ser compreendida da seguinte forma:

Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colméia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. *No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de opera e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho.* E isso tanto mais necessário quanto menos se sinta o trabalhador atraído pelo conteúdo e pelo método de execução de sua tarefa, que lhe oferece, por isso, menos possibilidade de fruir da aplicação de suas próprias forças físicas e espirituais (MARX, 2011, p. 211-212, grifos nossos).

Mas isto só comprova uma única questão: os diferentes estágios da humanidade podem ser diferenciados pelos desenvolvimentos das forças produtivas. Não em relação aos objetos feitos, mas quais os instrumentos que se utilizaram para manipular os objetos que correspondem às carências dos seres humanos. Para compreender o que seria a carência do homem deve-se observar, mais de perto, como o referido processo ocorre, como o exposto a seguir:

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou. Concretizou-se, e a matéria está trabalhada. O que se manifestava em movimento, do lado do trabalhador, se revela agora qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto. (MARX, 2011, p. 214-215).

A categoria Trabalho foi profundamente trabalhada pelo filósofo húngaro György Lukács. Esse pensador ao referenciar o trabalho, demonstrou que essa compreensão já estava em germe em Hegel. Em suas palavras:

Uma vez que a pesquisa da natureza, indispensável ao trabalho, está, antes de mais nada, concentrada na preparação dos meios, são estes o principal instrumento de garantia social de que os resultados dos processos de trabalho permaneçam fixados, que haja uma continuidade na experiência de trabalho e especialmente que haja um desenvolvimento ulterior. É por isso que o

conhecimento mais adequado que fundamenta os meios [utensílios, etc.] é, muitas vezes, para o ser social, mais importante do que a satisfação daquela necessidade [finalidade]. Hegel já tinha compreendido muito bem este nexos. Com efeito, a este propósito ele escreve na sua *Logica*: “O meio é pois o termo médio exterior do silogismo no qual consiste a realização do fim. Nisto se dá a conhecer a racionalidade como aquela que se conserva *nesse outro exterior* e precisamente *por intermédio* dessa exterioridade. Por isso o *meio* é algo de *superior* aos fins *finitos* da finalidade *externa*; — o *arado* é mais nobre do que as satisfações que ele permite e que constituem os fins. O *instrumento* se conserva, enquanto as satisfações imediatas passam e são esquecidas. Com os seus instrumentos, o homem domina a natureza exterior, ainda que lhe permaneça sujeito para os seus objetivos”³ (HEGEL *apud* LUKÁCS, 1968, p.848-849).

O trabalho é, por um lado, riqueza material, ou seja, maiores valores de uso social, mas isso também aumenta o grau de dependência (ou interdependência) entre os seres humanos. Segundo Lukács, aparece nestes termos:

Economia de tempo, no entanto, significa relação de valor. O próprio trabalho simples, voltado apenas para o valor de uso, é uma forma de sujeitar a natureza ao homem, *para* o homem, tanto na medida em que a *transforma* de acordo com as suas próprias necessidades, como na medida em que vai dominando os seus instintos e afetos puramente naturais e, por este meio, começa a formar as suas faculdades *especificamente humanas*. O fato objetivo de que a legalidade econômica tende à economia de tempo, produz diretamente a divisão do trabalho cada vez em nível mais pleno, isto é, dá origem, cada vez, a um ser social com um nível de socialidade sempre mais pura. Deste modo, esse movimento, independente do modo como o interpretam as pessoas que dele participam, é um passo adiante na realização das categorias sociais a partir do seu ser em-si original até um ser-para-si sempre mais ricamente determinado e sempre mais efetivo. Ora, a encarnação adequada deste ser-para-si da socialidade efetivada, que se realizou a si mesma, é o próprio homem. Não o ídolo do homem isolado, em geral, abstrato, que nunca existiu, mas, ao contrário, o homem na sua concreta práxis social, o homem que com suas ações e nas suas ações encarna e torna real a espécie humana. Marx sempre viu com clareza este nexos entre a economia e aquilo que a vida econômica produz no próprio homem (LUKÁCS, 2001, p. 82).

O trabalho ao longo do desenvolvimento histórico possibilitou o desenvolvimento das capacidades humanas em sentido amplo possibilitando o surgimento de outras categorias, como a linguagem, a política, a moral, a arte, etc., complexos sem os quais o ser social não pode se reproduzir.

Até aqui foi demonstrado o trabalho na gênese do ser social, como processo fundante que fez surgir um novo ser que não existia antes na face da terra — o ser

³ Conferir G.F.W. Hegel, *Wissenschaft der Logik*, III, 2, 3, C. (trad. it. de A. Moni, rev. de C. Cesa, *Scienza della Logica*, 1968, II, p. 848-849).

social. Com isso, houve um salto qualitativo, não se podendo comparar o “ser humano biológico” que existia antes do homem que, a partir do trabalho, pode constituir outra relação com a natureza e com o próprio ser social. A partir desse ocorrido, o trabalho possibilitou o surgimento de outras categorias que pertencem apenas ao ser social, como a linguagem, pensamento abstrato e tantas outras categorias.

A contradição interna do trabalho que humanizou (e humaniza) o ser social, num determinado período histórico possibilitou o adoecimento e sofrimento ao ser social que trabalha, mas para podermos compreender isso e elucidar essa contradição é preciso especificá-lo no modo de produção.

2.2 O TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E SUA RELAÇÃO COM O AGRAVO À SAÚDE DOS TRABALHADORES

O trabalho sempre foi fonte de humanização do homem, ou seja, diminuição das barreiras naturais. Mas ele começa a se tornar nocivo para os trabalhadores (as) quando surge a propriedade privada, a qual se desenvolve e se universaliza no modo de produção capitalista.

O homem é “senhor” da natureza, capaz de produzi-la universalmente e reproduzi-la, vantagem essa apenas do homem frente aos outros animais. Entretanto “o trabalho estranhado reduz a auto-atividade, a atividade livre, a um meio, ele faz da vida genérica do homem um meio de sua existência física” (MARX, 2010, p. 85).

Se prosseguirmos a reflexão de Marx nos Manuscritos Econômico-Filosóficos e aprofundarmos a exposição do trabalho estranhado, veremos após a apresentação do ser genérico do homem que: em primeiro lugar, o estranhamento do homem com o seu ser genérico, e, portanto, de toda sua humanidade, acaba reduzindo muitos homens a um simples estômago. O resultado prático do estranhamento do trabalho e do ser genérico é onde se é comum se chamar de *propriedade privada*.

A conclusão marxiana da relação do trabalho com o trabalho alienado/estranhado é a propriedade privada, conforme ele expôs de forma lapidar nos referidos Manuscritos:

A propriedade privada é, portanto, o produto, o resultado, a consequência necessária do trabalho exteriorizado (alienado), da relação externa do trabalhador com a natureza e consigo mesmo. A propriedade privada resulta portanto, por

análise, do conceito de trabalho exteriorizado⁴, isto é, de homem exteriorizado, da relação externa do trabalhador com a natureza e consigo mesmo. Herdamos certamente o conceito de trabalho exteriorizado, (de vida exteriorizada) da economia nacional como resultado do movimento da propriedade privada. (MARX, 2010, p. 87).

A relação da propriedade privada com o trabalho só é possível no momento que se desenvolve o trabalho estranhado e o salário, cuja sua necessidade é o resultado empírico desta relação. Portanto, salário é igual à propriedade privada ou pode-se dizer que propriedade privada é igual a salário. Mas para que a propriedade privada seja suprimida de forma positiva devemos, portanto, nos indagar ainda hoje:

Como, perguntamos agora, homem chegou ao ponto de exteriorizar, de estranhar o seu trabalho? Como este estranhamento está fundado na essência do desenvolvimento humano? Já obtivemos muito para a solução do problema quando transmutamos a questão sobre a origem da propriedade privada na questão sobre a relação do trabalho exteriorizado com a marcha do desenvolvimento da humanidade (MARX, 2010, p. 89).

Para podermos compreender o hoje é preciso considerar o que Marx analisou: a ontonegatividade da propriedade privada e ontopositividade da propriedade privada. Em suas palavras, isso implica em analisar: a “essência universal da propriedade privada e sua relação com a propriedade verdadeiramente humana” (MARX, 2010, p. 89).

Na relação entre o trabalhador, enquanto homem, ele precisa se relacionar com o ser estranho que o domina e seu produto do trabalho. Neste instante, a análise marxiana pode trazer à luz que o capital é uma relação produzida pelo homem / pela sociedade.

Como capital, o *valor* do trabalhador aumenta no sentido da procura e da oferta e também *fisicamente*, a sua *existência*, a sua vida, se torna é sabida como oferta de *mercadoria*, tal como qualquer outra mercadoria. O trabalhador [produz], portanto, a si mesmo, e o homem enquanto *trabalhador*, enquanto mercadoria, é o produto do movimento total. O homem nada mais é do que *trabalhador* e, como trabalhador, suas propriedades humanas o são apenas na medida em que são para o capital, que lhe é estranho. (MARX, 2010, p. 91).

A ciência que busca compreender esta sociedade burguesa, só reconhece o trabalhador, o capital vivo, de forma unilateral, e o resultado deste ser humano fora da venda não lhe diz respeito. A economia política reconhece que o salário não pode

⁴ Aqui se evidencia um equívoco de tradução, pois, ao que parece, seria alienação ao invés de exteriorização.

ultrapassar as necessidades de sua reprodução. Portanto, um estudioso crítico desta ciência, como Marx, percebeu que o salário é um custo da manutenção da produção.

Cada trabalhador, cotidianamente, se torna mercadoria auto-consciente, ou seja, o trabalhador com maior grau ou não de instrução, sabe que precisa vender sua força de trabalho, mas o resultado disso, ainda nos dias de hoje, “é um ser desumanizado tanto espiritual quanto corporalmente, imoralidade, deformação, embrutecimento de trabalhadores e capitalistas (MARX, 2010, p. 81). Observa-se que neste trecho, Marx demonstrou que o estranhamento do trabalho não só atinge o trabalhador, mas também o capitalista que não domina a força não humana do mercado.

Longe de reconhecer o estranhamento do trabalho, a economia política vai promover afirmações que não condizem com a realidade vivente. Pode-se concluir que a economia política é uma ciência com intuito de favorecer a indústria, portanto o discurso da axiologia científica não cabe para economia política. Já Marx, buscou um itinerário de seu trabalho:

A relação da propriedade privada é trabalho, capital e a relação entre ambos. Os movimentos que essa estrutura deverá percorrer: Primeiro: a unidade imediata ou mediata de ambos: Capital e trabalho primeiramente ainda unidos; depois, com efeito, separados estranhados, mas elevando-se fomentando-se reciprocamente enquanto condições positivas. Contraposição de ambos. Excluem-se reciprocamente, e o trabalhador sabe o capitalista como sua não-existência e vice-versa; cada um procura arrancar do outro sua existência. Contraposição de cada um contra si mesmo. Capital = trabalho acumulado = trabalho. Enquanto tal decompõe-se em si e nos seus juros, da mesma forma que estes, novamente, em juros e ganho. Sacrifício pleno do capitalista. Ele decai na classe trabalhadora da mesma forma que o trabalhador- mas só excepcionalmente- se torna capitalista. O trabalho como [sendo] um momento do capital, seu custos. Portanto, o salário, como um sacrifício do capital (MARX, 2010, p. 97).

Mas, apesar de toda postura unilateral da economia política e de seu posicionamento a favor da riqueza, do comércio, da vida estranhada etc., ela foi uma ciência que abriu as portas para a compreensão do movimento da propriedade privada. Marx reconheceu este seu desenvolvimento e contribuição, sendo importante pontuar que foi ela que demonstrou a “*essência* subjetiva da *propriedade privada*, a propriedade privada enquanto atividade sendo para si, enquanto *sujeito*, enquanto pessoa, é o *trabalho*” (MARX, 2010, p. 99).

Ao reconhecer que o trabalho é a essência da toda riqueza, portanto, a própria economia política descobriu o sentido da propriedade privada e a tornou não um ser

externo do homem (como o mercantilismo que pregava que a riqueza seriam os metais preciosos), recolocando-se o seu verdadeiro sentido e proporcionando ao homem a descoberta “em que ele próprio não mais está numa tensão externa com a essência externa da propriedade privada, mas ele próprio se tornou essa essência tensa da propriedade privada” (MARX, 2010, p. 100).

A economia política, ao passar de uma escola para outra, tem reconhecido cada vez mais as contradições entre o mundo da riqueza e a relação com a indústria e a miséria. E, com ela reconhecendo estas contradições, sua escolha fica mais clara ao afirmar o mundo da riqueza, da indústria, dos capitalistas e o estranhamento humano.

Até aqui Marx buscou tratar a crítica da propriedade privada, sob o capital na sua gênese, por isso ainda pouco determinada, visto que as categorias principais serão apresentadas somente na sua obra magna. Prosseguiremos, então, com a análise do trabalho estranhado/alienado.

Nele, ao invés do trabalho ser fonte de humanização do ser social e o momento em que o homem potencializa sua capacidade corporal para produção de uma utilidade para si (valor de uso), tal como preconizava Marx (2011), torna-se trabalho alienado/estranhado, que degenera, adocece e acidenta o trabalhador (LARA, 2011) — transformando-se em uma atividade destrutiva. Este não se reconhece no produto de seu trabalho ao produzir para o capital (MARX, 2011), sendo o trabalho concreto, criador de valor de uso (riqueza social) e subsumido pela mediação de segunda ordem e o trabalho abstrato, criador de valor (ou simplesmente valor-de-troca). Para Antunes,

(...) sob o capitalismo, o trabalhador não se satisfaz no trabalho, mas se degrada; não se reconhece, mas se nega (...). Desse modo, a alienação, como expressão de uma relação social fundada na propriedade privada e no dinheiro, apresenta-se como “abstração da natureza específica, pessoal” do ser social que “atua como homem que se perde de si mesmo, desumanizado”. (ANTUNES, 2005, p. 70-71).

Marx descreve essa relação nestes termos:

Se o trabalho é, portanto, uma mercadoria, é então uma mercadoria com as mais infelizes propriedades. Mas, mesmo segundo princípios da economia nacional⁵, o trabalho não é mercadoria porque não é o livre resultado do mercado livre. O regime econômico atual “baixa ao mesmo tempo o preço e a

⁵ Nos Manuscritos Econômico-Filosóficos, de 1844, Marx utiliza o termo em alemão de Economia nacional, contudo nos outros escritos posteriores incorpora o termo de Economia Política. Mas travar esse debate foge dos objetivos propostos dessa dissertação.

remuneração do trabalho; ele aperfeiçoa o trabalhador e degrada o homem” (MARX, 2010, p. 37).

Portanto, o homem ao se reproduzir pelo trabalho — e já na relação de subsunção ao capital —, as objetivações humanas vão se expressar pela propriedade privada. Essa expressão da propriedade privada, segundo Marx, é muito mais que uma desproporção entre riqueza e pobreza. Isto evidencia que a crítica marxiana não se limita somente à economia, como ocorre com os socialistas utópicos baseados na crítica entre ricos (capitalistas) e pobres (trabalhadores) (REMIJO; EVANGELISTA, 2012), e o que os homens produzem acaba subjugando não somente o trabalhador, mas toda humanidade: “isso vale também para os capitalistas – no fato de que, em geral, o poder *não humano* domina” (MARX, 2010, p. 147). O que o homem faz, sua objetivação, torna-se mais poderoso que ele próprio e o gênero humano: “com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz somente mercadoria; ele produz, a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria (...)” (MARX, 2010, p.80). Esta inversão ontológica onde o produto domina o produtor, ou seja, o produto do trabalho é mais importante que o trabalhador, teria que desenvolver consequências na organização da vida social. Mediante essa inversão, a classe trabalhadora vai manifestar a alienação/estranhamento de modo mais radical que as outras classes sociais, conforme Marx, com essas características:

Como poderia o Trabalhador defrontar-se alheio ao produto da sua atividade se no ato mesmo da produção ele não se estranhasse a si mesmo? O produto é, sim, somente o resumo da atividade, da produção. Se, portanto, o produto do trabalho é a exteriorização⁶, então a produção mesma tem de ser a exteriorização ativa, a exteriorização da atividade, a atividade da exteriorização. No estranhamento do objeto do trabalho resume-se somente o estranhamento, a exteriorização na atividade do trabalho mesmo (MARX, 2010, p.82).

O estranhamento, esta força que domina a produção, não se manifesta apenas no resultado final da produção — como asseverado acima — vai interferir até no processo de relacionamento com o ser humano e a natureza a qual ele pertence, mas também

⁶ Na tradução alemã exteriorização está como (*Entäusserung*), o que pode ser traduzido como exteriorização ou como alienação. Alienação neste sentido como perda, assim como no texto a entendemos como estranhamento. Não aprofundaremos o debate acerca disso, pois foge dos objetivos propostos da dissertação.

durante todo o processo de produção observa-se a não identificação com o trabalho como atividade criadora, ou seja, o que deveria humanizar o homem é o centro de sua mutilação.

A lógica no capitalismo em que a relação de trabalho estabelecida é apenas restrita a troca de mercadorias (sendo a força de trabalho a principal mercadoria) oculta a realidade perversa em que o trabalhador está submetido: a condições de trabalho extenuantes e que levam a sua degradação física e mental. Eleva-se ao máximo a exaustão da força de trabalho para que o capitalista acumule cada vez mais capital, o que resulta em adoecimento, agravamento de lesões, acidentes e mutilação do trabalhador. Essa situação gerada não pode ser descolada das relações de trabalho e dos processos que a produzem.

Para melhor compreensão de como ocorre a acumulação do capital, exporemos a partir da crítica da economia política, ou seja, pelos escritos marxianos, como é gerada a mais-valia.

No começo do capitalismo, a mais-valia vai surgir, primeiramente, na forma de mais-valia absoluta — onde o capitalista aumentava a jornada de trabalho muito além das condições físicas e intelectuais que os trabalhadores poderiam suportar. Com o passar do tempo, a classe trabalhadora no movimento de classe para si começa a provocar derrotas à classe burguesa ao conquistar a diminuição da jornada de trabalho, portanto diminuindo também os lucros da burguesia.

Então, faz-se mister apresentar, primeiramente, a categoria de mais-valia para posteriormente relacioná-la com o adoecimento/ acidente do trabalho. Para tanto, continuaremos, a seguir, baseando-nos nas contribuições de Marx (2011).

O astuto capitalista que comprou os meios de trabalho (máquinas, galpão e matéria-prima) para produzir determinado produto, assim como a força de trabalho, não o faz por paixão ao produto que será feito, mas a mais-valia que vai adquirir no final desse processo. Para tanto, é necessário que o trabalho tenha efeito útil. Portanto ter-se-á que observar atentamente a questão do valor trabalho para melhor demonstrar a produção da mais-valia (MARX, 2011).

Faremos alusão a um exemplo: quando se pensa na produção de qualquer produto, antes de sua produção, tínhamos algodão e os fusos para produzir o fio. Após a confecção do fio, o valor do algodão e do fuso (o equivalente do fuso usado no desgaste, ou seja, suponhamos que o fuso suportasse quatro dias de trabalho, então se trabalharia um, consumindo um quarto de fuso). Ou seja, após a equação, de um lado,

meios de produção e produto acabado não se pode ter menos no resultado da produção. O que podemos concluir que os elementos que devem ser utilizados, no nosso caso do fio, precisam se constituir de acordo com o trabalho socialmente necessário (MARX, 2011).

Se em média se gasta um quilo de algodão para produzir 10 Kg de fio e, se um capitalista desatento não produz equivalente ao trabalho e gaste 12 Kg e um quarto de fuso, este último terá que vender o correspondente ao valor de 10 Kg de algodão e um quarto de fuso. Isso tudo para demonstrarmos que os meios de produção (matéria-prima) que transferem para o produto o valor como tempo de trabalho socialmente necessário (MARX, 2011).

Mas, para se descobrir como o capitalista vai obter a mais-valia temos que observar o trabalho do fiandeiro, assim chega-se ao processo de trabalho mais próximo possível do trabalho alienado/estranhado. Para isso temos que levar em conta que o trabalho do fiandeiro deve ser considerado como trabalho médio, ou seja, simples. O trabalho do fiandeiro vai transmitir um valor de, por exemplo, dois dias de trabalho ao fio, portanto no fio pronto terá o valor do fuso, do algodão e de dois dias de trabalho do fiandeiro – se considerando o trabalho simples e não especializado – e mais um excedente (MARX, 2011).

Como isso é possível? O valor do linho corresponde aos meios de produção: algodão e fuso mais a força de trabalho (que corresponde os meios de subsistência para reprodução do trabalhador e da sua família). Durante a jornada de trabalho vai transferir o equivalente a essa reprodução. Por exemplo, em seis horas de trabalho, ele vai reproduzir sua força de trabalho. Os fios que serão fabricados neste momento terão um acréscimo de valor de 10 Kg de algodão e um quarto de fusos. Aqui forma uma antinomia $10 \text{ Kg algodão} + 1\frac{1}{2} \text{ fuso} + \text{força de Trabalho} = 10 \text{ Kg de fio}$, portanto, para o capitalista não se formou um excedente e não gerou mais-valia. Até agora aparenta que o capitalista não obteve lucro, ou seja, nada a mais que investiu anteriormente (MARX, 2011).

A solução é saltar da aparência e ir até a essência para observar a realidade de forma muito mais aproximativa. Ocorre que as mercadorias tem dois elementos: um qualitativo (o valor-de-uso) e quantitativo (o valor-de-troca), mas quando se trata da força de trabalho essa contradição é ainda mais díspare, pois o trabalhador recebe uma quantidade de dinheiro que equivale ao valor da sua força de trabalho e entrega ao capitalista uma quantidade maior de valor em valor-de-uso, ao mesmo tempo que criou

valor (MARX, 2011). Marx expôs essa contradição nestes termos:

Por isso, o trabalhador encontra na oficina os meios de produção, não para um processo de seis horas [reprodução da força de trabalho], mas de doze. Se 10 quilos de algodão absorvem sei horas de trabalho e se transformam em 10 quilos de fio, 20 quilos de algodão absorverão 12 horas de trabalho e se converterão em 20 quilos de fio [...] A expressão em ouro de cinco dias de trabalho é 30 xelins. Este é o preço de 20 quilos de fio. Um quilo de fio custa agora, como dantes, 1 xelins e 6 pence. Mas a soma dos valores das mercadorias lançadas no processo importa em 27 xelins. O valor do fio é de 30 xelins. O valor do produto ultrapassa de 1/9 o valor antecipado para sua produção. Desse modo 27 xelins se transformaram em 30 xelins. Criou-se mais-valia de 3 xelins. Consumou-se finalmente o truque: o dinheiro se transformou-se em capital (MARX, 2011, p. 227).

Os três xelins correspondem às seis horas a mais que o trabalhador forneceu ao capitalista. O capitalista compra seis horas do trabalho do trabalhador e utiliza 12, fazendo com que o trabalhador produza seis horas sem nenhuma remuneração. Por isso que Marx dividiu na sua formulação teórica o capital constante (máquinas, ferramentas, o combustível⁷, o prédio, etc.) e o capital variável (o trabalhador propriamente dito) (MARX, 2011).

O capital constante repassa o seu valor para a nova mercadoria, enquanto o capital variável vai possibilitar que o trabalho morto (incorporado pelo capital constante se transfira para a nova mercadoria) incorpore sua reprodução de força de trabalho e crie um excedente (MARX, 2011).

A mais-valia surge no processo de trabalho e por isso o tempo de trabalho é fundamental para entender a mais-valia. Como demonstrado por Marx, numa parte do dia de trabalho o trabalhador paga o seu próprio trabalho e outra vai se tornar mais-valia. O tempo em que o trabalhador “se paga” é o tempo de trabalho necessário e o restante da jornada de trabalho é o tempo de trabalho excedente. A luta de classes se dá diante disso para se aumentar o tempo de trabalho necessário pela classe trabalhadora (como aumento de salário), mas por outro lado, a classe capitalista busca diminuir o tempo necessário para aumentar o trabalho excedente. Ocorre também a busca da classe trabalhadora de diminuir o tempo de trabalho excedente (diminuir a jornada) e a classe capitalista busca ampliar o tempo de trabalho excedente (MARX, 2011).

Como que um capitalista poderia aumentar sua mais-valia em relação à sua produção sem, primeiro, contratar mais funcionário e, segundo, sem aumentar a jornada

⁷ No período histórico de Marx era utilizado em larga medida o carvão como força motriz, porém hoje poderíamos pensar no etanol, petróleo e energia elétrica.

de trabalho, ou sem diminuir o valor do trabalho necessário em favorecimento em favorecimento ao trabalho excedente? Poderia ser conveniente aos capitalistas diminuir o salário, mas isto implicaria indiretamente na diminuição da capacidade produtiva do trabalhador. Buscando resolver essa questão, os capitalistas adotaram soluções onde o cerne está posto no processo de produção. Segundo Marx (2011), a resposta da burguesia foi provocar o incremento tecnológico para criar a mais-valia relativa que segundo o autor de “O Capital” tem essas características:

Para fazer no mesmo tempo dois pares de botas, tem de duplicar-se a produtividade de ser trabalho, o que exige alteração no instrumental ou no método de trabalho, ou em ambos ao mesmo tempo. Têm de ser revolucionadas as condições de produção de seu trabalho, o modo de produção e, conseqüentemente, o próprio processo de trabalho. Entendemos aqui por elevação da produtividade do trabalho em geral uma modificação no processo de trabalho por meio da qual se encurta o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de uma mercadoria, conseguindo-se produzir, com a mesma quantidade de trabalho, quantidade maior de valor-de-uso (MARX, 2011, p. 365).

O processo acima citado tende a diminuir o tempo socialmente necessário para a produção de uma mercadoria, o que barateia os produtos de consumo da classe trabalhadora e possibilita um aumento dos lucros dos capitalistas. A mais-valia relativa não impede o abuso do trabalho na jornada de trabalho, mas pelo contrário, a mantém. Se na mais-valia absoluta há o abuso da força de trabalho pelo excesso da jornada de trabalho (doze horas, por exemplo), isso inevitavelmente vai ocasionar um desgaste do trabalhador devido à longa exposição ao trabalho repetitivo e extenuante. Na mais-valia relativa, o trabalhador vai realizar uma quantidade de trabalho em oito horas que antes o fazia em 12 ou até 14 horas, por isso ocorre uma intensificação do trabalho ao ponto que o trabalhador também se desgasta neste modelo de produção.

O que parece inexorável no capitalismo é que os capitais se definham na concorrência fazendo com que o valor caia (ou o preço onde o capital investido em um ramo produtivo é maior que a capacidade de absorção do mercado). Para isto, é indispensável que o preço da força de trabalho ou o trabalho necessário deva diminuir, para que a taxa de mais-valia permaneça a mais alta possível (MARX, 2011).

Mas por que a classe trabalhadora se submete às imposições dos capitalistas? Segundo Marx (2011), como a classe trabalhadora não é detentora dos meios de produção (o processo de produção capitalista supõe a existência do trabalhador completamente despossuído dos meios de vida necessário à sua reprodução e de sua família) ela é obrigada, para sobreviver, a vender sua força de trabalho para os donos

dos meios de produção sociais por determinado tempo, recebendo em troca um equivalente em dinheiro para manter sua subsistência (sua força de trabalho) e a de sua família.

Como a riqueza se produz na exploração da força de trabalho, só se produz valor explorando o trabalhador — a riqueza é proveniente da produção e do trabalho excedente que o trabalhador exerce atividade laboral para outro e não para si (nem apenas para manter sua subsistência e se reproduzir e a sua família) — portanto, este é fundamental para o processo produtivo e o capitalista não pode prescindir dele, haja vista que o trabalhador é a única mercadoria que possibilita a ampliação do capital (mas a apropriação daquilo que ele produziu é privada).

Cabe frisar que o fato do trabalhador vender sua força de trabalho não implica que o capitalista seja dono do mesmo, assim como o pagamento do equivalente mediante salário (dinheiro) não justifica a sua busca incessante pela exaustão da força de trabalho para aumentar sua acumulação nem o isenta da responsabilidade acerca da “degradação do trabalhador” (acometimento por doenças e acidentes relacionados ao trabalho).

Portanto, para discutirmos acerca da relação entre trabalho e saúde (produção de adoecimento e acidentes) na interface com a saúde do trabalhador e podermos compreender o serviço de Reabilitação Profissional previdenciário como uma das respostas do Estado aos agravos à saúde dos trabalhadores gerados, é imprescindível considerar o processo de produção capitalista de mercadorias: o processo de trabalho e o processo de valorização (de criação de mais-valia).

No modo de produção capitalista não basta produzir para satisfazer as necessidades sociais, mas também seu objetivo é a produção da riqueza, a reprodução ampliada do capital inicialmente investido e a produção de um valor excedente, mediante apropriação de trabalho não pago (mais-valia) (IAMAMOTO, 2011). Para aumentar a mais-valia, deve-se aumentar a proporção do trabalho excedente em detrimento do trabalho necessário e a única forma de concretizar isso é aumentando a produtividade do trabalho (e diminuindo o valor dos meios de produção e os produtos consumidos pelos trabalhadores). Ou seja, com a intensificação e maior produtividade, o capitalista vai ganhar mais. Em contrapartida, o trabalhador tende a adoecer e/ou se acidentar mais ao se elevar ao máximo a exaustão da força de trabalho para que o proprietário dos meios de produção aumente sua acumulação de capital. Quando o capitalismo chega ao seu auge, isso vai gerar a lei geral da acumulação capitalista, a

qual se manifesta na atual crise.

A produtividade do trabalho aumenta no momento que a mais-valia relativa se afirma e, com isso, faz com que a classe trabalhadora esteja sempre em processo de adaptação para a produção ou elevação técnica do capital constante. No momento que a mais-valia se torna a tendência dominante, faz com que a massa de trabalho vivo em dada produção transferida para determinado produto seja cada vez menor.

Por isso, é crescente o aumento da produtividade pelo melhoramento e técnica do trabalho sob nova conjuntura da composição técnica do trabalho via capital constante. Aumenta a quantidade de meios de produção sobre os quais faz crescer a produtividade do trabalho vivo, sem necessariamente aumentá-lo. Então, é imanente ao modo de produção capitalista o incremento de um maior aparato tecnológico, que devido à maior acumulação faz diminuir a porcentagem do capital variável frente ao capital constante. Para entender melhor essa relação observem as palavras de Marx:

Mas, se o progresso da acumulação reduz a magnitude relativa da parte variável do capital, não exclui, com isso, o aumento de sua magnitude absoluta. Admitamos que, de início, o capital se divida em 50% constante e 50% variável e, mais tarde, em 80% constante e 20% variável. Se, nesse intervalo o capital original se elevar de 6.000 libras esterlinas para 18.000, sua parte variável terá crescido de 1-5. Era de 3.000 libras esterlinas e aumentou agora para 3.600. Mas, onde anteriormente bastava um acréscimo de capital de 20% para aumentar 20% a procura de trabalho, é necessário agora a triplicação do capital primitivo (MARX, 2011, p. 727).

Essa é a tendência hoje no bojo da crise estrutural do capital (MÉSZÁROS, 2002), recaindo seu ônus sobre a classe trabalhadora e causando uma intensificação do trabalho que acaba a prejudicando, acabando exaurindo a saúde dos trabalhadores. Além disso, os direitos conquistados ao longo da história estão sendo retirados.

Para entendermos como estas questões se expressam nos dias de hoje, abordaremos a seguir acerca da configuração do mundo do trabalho.

2.3 A CONFIGURAÇÃO DO MUNDO DO TRABALHO NO SÉCULO XXI

Antes de tratarmos acerca da configuração do mundo do trabalho no século XXI, é imprescindível fazermos alusão às transformações que ocorreram relacionadas ao mundo do trabalho desde o século XX, para que se possa ter uma melhor compreensão da conjuntura atual.

Por isso, iniciaremos apresentando as modificações ocorridas no mundo do

trabalho a partir do advento da segunda revolução industrial, no século XX — com o incremento da força elétrica, o uso do motor e a combustão interna, uso do petróleo e o incremento da nova gestão da força de trabalho — foram dadas condições objetivas para criar um modelo “racional” de controle da força de trabalho, o fordismo. A partir das contribuições deixadas pelo legado de Marx, o fordismo é um modelo para extração de mais-valia relativa. Explicaremos melhor sobre ele a seguir.

Henry Ford antes de torna-se magnata do setor automobilístico era mecânico e construtor (ou melhor, engenheiro) de veículos de corrida. Em 1903, ao adquirir uma parte de uma fábrica (do que seria a primeira planta industrial da Ford Motor Company), assumiu o cargo de gerência, porém sem deixar de utilizar seus estudos de mecânica. Inspirado em algumas ideias de organização de Taylor, que por volta de 1920 estava em voga nos EUA, Ford foi o primeiro a idealizar uma produção homogênea a fim de uma diminuição do valor destes para sua massificação, o qual não agradou os outros fabricantes estadunidenses de automóvel.

O sistema fordista não apenas padronizou os produtos que fabricava, mas também os movimentos que os operários faziam através de um sistema mais complexo de trabalho (embora mais simples para os operários). Seu incremento organizativo passava por dois pontos decisivos:

- a) Um mecanismo de transferência, que pode ser trilho, uma esteira, ou um conjunto de ganchos ligado a um mecanismo de tração integrado a um comando único que lhe transmite um movimento regular ao longo do tempo. A cada um desses ganchos, ou em cima da superfície da esteira, os objetos de trabalho são atados e assim transferidos para praticamente todas as seções de trabalho em que se divide o setor de produção, sofrendo a intervenção dos trabalhadores (que, por sua vez, se encontram distribuídos uniformemente em cada ponto dessas seções) até que possa ser, então retirado dessa linha, testado, embalado elevado ao estoque de produtos acabados;
- b) Um conjunto de posto de trabalho uniformemente dispostos lado a lado, a cada trecho por onde passa o objeto de trabalho trazido pelo mecanismo de transferência, menos quais já estão presente, na forma de pequenos estoques e com mecanismo que permitam seu mais fácil acesso aos trabalhadores, os instrumentos, as ferramenta e as matérias-primas que serão utilizadas por eles na tarefa estritamente determinada que têm para cumprir. Esses postos de trabalho são geralmente numerosos, ocupados por um trabalhador cada e ordenados de forma linear e, mínima a intervenção de cada um na produção como um todo (correspondendo a um número pequeno de operações), a cada um deve ser levado o objeto de trabalho semi-transformado no mesmo ritmo (PINTO, 2007, p. 42-43).

O primeiro resultado prático de tal experiência foi a anulação do processo cognitivo do trabalhador frente às necessidades do trabalho. Ou seja, o fordismo

deduziu mais do que nunca o trabalhador como apêndice da máquina. O resultado era o alto nível de absenteísmo e, conseqüentemente, de rotatividade, em especial, nos locais de nível do chão de fábrica.

O maior controle sobre os trabalhadores gerou várias derrotas para a classe trabalhadora, a exemplo do próprio Ford que demitiu os trabalhadores mais experientes durante a revolta de seus funcionários frente a inovação da esteira, contratando outros funcionários sem especialização para o lugar dos trabalhadores rebelados.

Apesar dessas questões postas, não tardou que a Ford se tornasse a maior montadora do mundo. O processo que criara era mais potente e, praticamente, automático visto que era menos dependente de valores individuais, extinguindo o “trabalhador completo” como fora antigamente o artesão.

Graças a esta conjuntura de grande produtividade foi possibilitada a existência de um campo majoritário de movimentos operários, social democrata, assim como a implantação do chamado Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) — os chamados trinta gloriosos, cujas características principais foram: políticas sociais universais, “pleno emprego”, intervenção do Estado na economia (sobretudo, nas empresas de serviços e a atuação em indústria de base: petroleiras, mineradoras, siderúrgicas etc.).

É importante ressaltar que este tipo de regulamentação e controle do capital ocorreu apenas em países desenvolvidos industrializados, não chegando a ser implementado em países não desenvolvidos, fornecedores de matérias-primas e produtos agrários, nem em “desenvolvimento”, de industrialização hiper-tardia.

Esta tentativa de regulação, da lógica capital, só poderia permanecer com grande tributação e lucros extraordinários, ou seja, apropriação acima do normal da extração da mais-valia relativa. Por essa razão, a crise do capital colocou em xeque o modo organizacional da gestão da força de trabalho no binômio taylorismo/fordismo, sob regulamentação do Estado Keynesiano, com o controle dos sindicatos na participação dos partidos trabalhistas.

As causas da crise do final da década de 1960 e início de 1970 foram: retração do consumo e incapacidade de continuar a se manter o pleno emprego; queda da taxa geral dos lucros e contínua pressão da classe trabalhadora por melhoria dos seus salários e condições de trabalho, além do choque gerado pela terceira revolução industrial que modificou todo o modelo de produção, bem como o perfil do operário exigido. Antunes acentua mais algumas tendências para a crise estrutural do capital:

(...) a maior concentração de capitais graças às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas; (...) a crise do *welfare state* ou do “Estado do bem-estar social” e dos seus mecanismos de funcionamento, acarretando a crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de retração dos gastos públicos e sua transferência para o capital privado; (...) incremento acentuado das privatizações, tendência generalizada às desregulamentações e à flexibilidade do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho entre tantos outros elementos contingentes que exprimiam esse novo quadro crítico (ANTUNES, 2007, p.30).

Segundo Mandel *apud* Mota (1995), a crise do capital contém também essas características no plano econômico que adensam as considerações de Antunes (1999):

a emergência da crise expressou o esgotamento da onda longa expansiva que começou nos Estados Unidos em 1940, na Europa e no Japão em 1948, e durou até o final dos anos 60, quando, então, se inicia uma onda longa recessiva, caracterizada por uma taxa de crescimento médio inferior à alcançada nas décadas de 50 e 60. (...) Não se tratando de um acaso, as razões da crise podem ser pensadas como produto das transformações econômicas mais profundas que se produziram ao curso do longo período de expansão, identificadas nos avanços produtivos e na revolução tecnológica que lhes foram inerentes, e que propiciaram uma maior concentração e a internacionalização do capital e da produção (MOTA, 1995, p. 49-50).

O padrão fordista-keynesiano não conseguia controlar a taxa de lucro para que o sistema se expandisse, havendo queda desta. Já a outra corrente⁸ para dar resposta às causas da crise — dos regulacionistas — refere-se que a crise é em si deste padrão, sendo gestado um novo regime de acumulação de capital, caracterizando-se por “novas práticas de controle do trabalho” (DUARTE, 2003, p.122), sendo o momento atual caracterizado por Harvey de “período de acumulação flexível”, em que se visa alcançar o máximo de produtividade da força de trabalho com o mínimo custo, ou seja, um processo de superexploração para ampliar a taxa de mais-valia e lucro, mas sem preocupação com os efeitos de barbarização da vida social decorrentes disto (BEHRING, 2008). Adotaremos a primeira tese acerca da causa da crise à luz de Mota (1995), pois a partir da questão teórico-metodológica do marxismo não podemos generalizar uma mesma crise durante a existência do capitalismo, haja vista ele ter particularidades em determinados momentos históricos.

A crise é estrutural, mas também decorrente do regime de acumulação, sendo o

⁸ Para maiores detalhes ver HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

padrão fordista-keynesiano uma estratégia de “solução” temporária que o capitalismo encontrou para estender sua sobrevivência, mas ocorrendo seu próprio esgotamento. A segunda tese é limitante ao reduzir a causa da crise em si do referido padrão.

A mundialização, conforme Duménil e Lévi *apud* Prado (2005), é apreendida a partir do pensamento marxista como

uma grande tendência do capitalismo [...cuj]a etapa atual caracteriza-se pelo crescimento das operações de troca e dos fluxos internacionais de capitais, a expansão das sociedades multinacionais e um novo papel das instituições financeiras internacionais.

Marx e Engels (1984), no Manifesto do Partido Comunista, originalmente publicado em 1848, já afirmavam:

impelida pela necessidade de mercados sempre novos, a burguesia invade todo o globo. Necessita estabelecer-se em toda parte, explorar em toda parte, criar vínculos em toda parte. Pela exploração do mercado mundial a burguesia imprime um caráter cosmopolita à produção e ao consumo em todos os países. Para desespero dos reacionários, ela retirou à indústria sua base nacional. [...] Em lugar do antigo isolamento de regiões e nações que se bastavam a si próprias, desenvolvem-se um intercâmbio universal, uma universal interdependência das nações. E isto se refere tanto à produção material como à produção intelectual.

Segundo Behring (2008), este é um período em que ocorrem processos de liberalização, desregulamentação e privatizações, acentuando as hierarquias entre os países.

Como vimos, com o incremento desta nova tecnologia e nova gestão da força de trabalho, o capitalismo expulsou inúmeros trabalhadores favorecendo um aumento do desemprego estrutural. Mas mesmo assim, o capitalismo na atualidade consegue aumentar a produção sem aumentar os números de trabalhadores, mediante, principalmente, à intensificação do trabalho e precarização das condições de trabalho, o que vai gerando a curto, médio e longo prazo agravos à saúde dos mesmos.

Concomitantemente a essas questões, disseminou-se a miséria do salário para todos os trabalhadores que constituem a “*classe-que-vive-do-trabalho*”⁹, e vem aumentando um percentual de trabalhadores que se exercem atividades laborais em

⁹ Termo cunhado pelo sociólogo Ricardo Antunes.

condições precárias e cada vez piores, diante de tamanha flexibilização imposta pela forma de organização do trabalho toyotista, bem como diluição dos tipos de vínculos empregatícios, direitos trabalhistas e sociais. Há uma parcela significativa de trabalhadores informais, fazendo parte do desemprego estrutural, engrossando o chamado exército industrial de reserva. E, mesmo quando os contratos de trabalho não são informais, cresce o número de contratos temporários e vínculos instáveis, em detrimento da garantia de estabilidade no posto de trabalho.

O advento do toyotismo, além de ter promovido uma reorganização do espaço industrial (e, posteriormente, em todos os espaços produtivos¹⁰) — ou seja, a busca por cidades ainda não industriais onde não há tanta oferta de empregos ou sindicatos combativos — esse novo arranjo repercute dentro da subjetividade da classe trabalhadora e na sua organização frente à usurpação do capital.

Cabe ainda ressaltar algumas de suas características, as quais podem ser observadas abaixo:

- 1) é uma produção muito *vinculada* à demanda, visando atender as exigências mais *individualizadas* do mercado consumidor, diferenciando-se da produção em série e de massa do taylorismo/fordismo. Por isso sua produção é variada e bastante heterogênea, ao contrário da homogeneidade fordista;
- 2) fundamenta-se no trabalho operário em equipe, com multivariada de funções, rompendo com o caráter parcelar típico do fordismo; [...]
- 4) tem como princípio o *just in time*, o melhor aproveitamento possível do tempo de produção;
- 5) funciona segundo o sistema de kanban, placas ou senhas de comando para reposição de peças e de estoque. No toyotismo, os estoques são mínimos quando comparados ao fordismo (ANTUNES, 2007, p. 54, grifos nossos).

O Toyotismo eliminou consideravelmente os gerentes e os capatazes, mas a coação e pressão passaram a ser realizadas, inclusive, pelos e entre os próprios trabalhadores para o cumprimento das metas cada vez mais nocivas à saúde dos trabalhadores. Pode-se dizer que o fordismo/taylorismo pressionava a gerência para aumentar a produtividade, e já no toyotismo isso é invertido, imputando-se essa responsabilidade aos trabalhadores. E, para facilitar tais adesões estes são estimulados por diversos meios de cooptação, tais como: acordos e negociações individuais, reuniões para solução de problemas, estímulo à competitividade, entre muitos outros. Entre o mais nocivo tem sido os Círculos de Controle de Qualidade, os chamados

¹⁰ Consideramos espaços produtivos aqueles que a uma lógica onde o capital aplica e gera mais-valia, como supermercados, transportadoras, bancos etc.

CCQs, tendo em vista que

Os CCQs, todavia, exercem um papel muito maior que de propor melhorias de qualidades, que podem, ademais, resultar em redução de custos e aumento da produtividade. Sua maior vantagem é envolver ideologicamente os trabalhadores, fazendo que interiorizem os objetivos da empresa como se fossem seus [...] Na falta desse mecanismo, as empresas ocidentais na maioria das vezes acabam tendo de dispensar tratamento diferenciado aos participantes dos CCQs, como evitar demiti-los em épocas de corte, fornecer-lhe cursos de especialização exclusivos ou mesmo promoções (PINTO, 2007, p. 84).

Nesse sentido, as mudanças operadas a partir da introdução de novas formas de organização e exploração da força de trabalho pelo capital são funcionais ao resgate da rentabilidade do capital, tendo impactos desastrosos para a classe trabalhadora, tais como: aumento do desemprego, redução da estabilidade no trabalho, diminuição dos salários, perda do poder dos sindicatos, intensificação do trabalho, aumento da jornada de trabalho, empregos temporários, subempregos, terceirização, polivalência, enfim, havendo a flexibilização das relações e dos contratos de trabalho e impactos nas legislações sociais (perca de direitos sociais / redução da proteção social / políticas focalizadas) (ANTUNES, 1999).

O toyotismo não melhorou as condições de saúde física da classe trabalhadora, contudo, devido aos seus métodos de captura da subjetividade da classe operária, isso repercute na quantidade de transtornos mentais.

Diante dessas questões, cabe aos trabalhadores se organizarem e lutarem coletivamente, haja vista que, “o capital não tem (...) a menor consideração com a saúde e com a vida do trabalhador, a não ser quando a sociedade o compele a respeitá-las” (MARX, 2011, p.312).

Nos dias de hoje, podemos verificar que o número de trabalhadores que sofreram agravos à sua saúde tem aumentado. Na medida em que avança a tecnologia isto não é sinônimo de melhoramento das condições de trabalho da parcela da classe trabalhadora que está empregada. Mesmo com a chamada terceira revolução industrial, com a robótica, a internet, a microtecnologia (ou hoje a tão cogitada nano tecnológica), não houve repercussão na melhoria da saúde da classe trabalhadora. Daremos alguns apontamentos na atualidade:

O Jornal O Estado de São Paulo, em sua edição de 21 de janeiro de 2012, publicou uma importante reportagem, sob o título: “País gasta R\$ 71 bilhões

ao ano com acidente de trabalho”. Tendo como fontes o Ministério da Saúde, o sociólogo José Pastore e a empresa de gerenciamento de riscos Marsh, o jornal alerta que o valor estimado de R\$ 71 bilhões de reais de prejuízo, que inclui gastos públicos e privados, certamente encontra-se subestimado, pois leva em consideração apenas o mercado formal de trabalho no Brasil. Ou seja, o prejuízo econômico real, ao Estado e à iniciativa privada, causado pelos acidentes de trabalho seria ainda maior. Dada a enorme quantidade de trabalhadores informais (sem carteira assinada) que existe no país [...] acredito ser justificado supor que o custo financeiro ultrapasse R\$ 100 bilhões. A reportagem menciona, também, que o problema está atualmente a piorar. “A retomada das obras de infra-estrutura e a construção imobiliária elevou o número de acidentes de trabalho que resultam em mutilações ou mortes no Brasil. Entre janeiro e outubro de 2011, pelo menos 40.779 trabalhadores foram vítimas de acidentes graves dos quais 1.143 morreram, segundo o Ministério da Saúde. O número é 10% maior que em igual período do ano passado (37.035¹¹).

Nas palavras do procurador do trabalho observamos que ainda no século XXI permanece a contradição entre saúde do trabalhador e trabalho como expressão do trabalho alienado/estranhado.

Além disso, vale ainda ressaltar que, atualmente, os trabalhadores tem exercido atividades laborais mesmo adoecidos/acidentados, fato este que tem sido inclusive denominado como presenteísmo, assim como a classe trabalhadora tem vivido sob a égide do medo (do desemprego), como tem sido estudado pela psiquiatra Seligmann-Silva (2011).

O afastamento do trabalho, mesmo quando necessário, é tido como sinônimo de diminuição da produção e, conseqüentemente, dos salários e, para além disso, um risco e possibilidade concreta para o “trabalhador problema” ser dispensado (demitido), apesar de ser um “momento de alívio” às dores ocasionadas na execução das atividades laborais.

Resta para o trabalhador acometido por doença e/ ou acidente recorrer às políticas de seguridade social (saúde, assistência social, previdência) meios de garantir a recuperação da saúde (na medida do possível) e para prover seu sustento durante o período de afastamento do trabalho, assim como reabilitar-se (para o trabalho e desempenho de atividades da vida diária)¹² — respostas estas, incluídas no campo de

¹¹ Palestra proferida pelo Procurador do Trabalho de Araraquara-SP Rafael de Araújo Gomes no Seminário Internacional do Trabalho realizado na UNESP- Campus de Marília nos dias 25 a 29 de junho de 2012.

¹² Outra alternativa é recorrer aos sindicatos e a outros organismos coletivos, como espaços de luta, mas devido aos limites da dissertação, este debate não será travado. Em relação aos sindicatos, por ora, cabe dizer que estes nos dias de hoje estão desarticulados e muitos foram cooptados pela classe dominante não mais se constituindo, portanto, como espaços combativos, assim como não respondem aos interesses e necessidades da classe trabalhadora.

saúde do trabalhador em construção, dadas pelo Estado brasileiro ao agravo gerado à saúde dos trabalhadores. Esta questão será tratada posteriormente, mas primeiro situaremos conjunturalmente os impactos da crise estrutural do capital que a permeia.

2.3.1 Os impactos da crise estrutural do capital no Brasil

Desde final da década de 1960 e meados da década de 1970 se evidenciou uma crise no cenário internacional, que foi mote das transformações societárias contemporâneas, cujos rebatimentos no Brasil e instalação ocorreram na década de 1990. A seguir retomaremos as suas causas e impactos. Por ora, pontuamos a partir das contribuições de Iamamoto (2008) que, nos dias de hoje a mundialização financeira unifica, dentro de um mesmo movimento, processos como: a “reforma” do Estado, a reestruturação produtiva, a questão social, a ideologia neoliberal e as concepções pós-modernas.

Vivenciamos um período de mudança nos padrões sociais e econômicos e de “contrarreformas” nos sistemas de proteção social, principalmente no previdenciário, que foi exigido se adequar aos ditames dos organismos multilaterais, acarretando em perda de direitos socialmente conquistados e “frutos” de lutas da classe trabalhadora.

Como estratégia para saída desta crise se desencadeou a reestruturação produtiva e o neoliberalismo que favoreciam à mundialização do capital¹³. Como nos afirma Nogueira (2008), a reestruturação produtiva fez parte do ethos neoliberal com objetivo da mundialização do capital.

No Brasil, as medidas neoliberais começaram a ser implantadas na década de 1990¹⁴, iniciando no Governo Collor (em que o ambiente político articulava a abertura comercial e a reestruturação produtiva — geradores de desemprego) e tomando vulto no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC).

Mota entende a reestruturação produtiva como “uma iniciativa inerente ao estabelecimento de um novo *equilíbrio instável* que tem como exigência básica, a reorganização do papel das forças produtivas na recomposição do ciclo de reprodução do capital, tanto na esfera da produção como na das relações sociais” (MOTA, 1995, p.

¹³ A mundialização do capital é um termo de Chesnais. Para este autor, ela é uma outra fase de acumulação do capital que iniciamos na década de 1980, com o advento do capital financeiro. Para maior aprofundamento ver Chesnais (1996).

¹⁴ Segundo Behring (2008), a adesão brasileira ao neoliberalismo teve caráter tardio devido a condicionantes sociais e políticos existentes na época, pois vivíamos um período de transição democrática.

65). Esta reestruturação se processa em dois movimentos:

O primeiro, relativo à recomposição do processo global de acumulação e à reordenação geoeconômica das fases do ciclo global da mercadoria, é catalisado valendo-se de intervenções: no âmbito do reordenamento do quadro hierárquico das nações [...]; no mundo do trabalho. O segundo compreende os mecanismos socio-políticos e institucionais, necessários à manutenção do processo de reprodução social, incidindo prioritariamente no âmbito da luta de classes e na relação entre ordem econômica e projeto político (MOTA, 1995, p. 66).

Assim, a reestruturação produtiva desponta como parte da estratégia global do capital de reconfiguração da totalidade que produz a “cultura da crise”¹⁵ (*idem*, p. 72), como um amplo consenso, ao qual aderem indistintamente as classes burguesas e subalternas, de que não há alternativas para a superação da crise além do projeto neoliberal, o qual superaria, portanto, as contradições e projetos de classe. A autora, portanto, situa as bases materiais sobre as quais se assentam este modo de pensamento totalizante e fatalista, processador da nova hegemonização burguesa dentro da ordem capitalista, ao mesmo tempo em que analisa as diferentes vertentes de compreensão das razões e desdobramentos da crise, terminando por localizar sua concepção sobre o novo padrão de acumulação capitalista emergente na corrente teórica da acumulação flexível. No discurso neoliberal se coloca a existência de uma nova ordem na qual todo o povo deve se adequar, requerendo ajustes estruturais que atingem a todos de forma supostamente igual e exige “sacrifícios” destes.

Nesta época, Fernando Henrique Cardoso se elegeu com o discurso da estabilização da moeda (o Plano Real integrava planos de estabilização do Consenso de Washington) e deu continuidade às reformas preconizadas pelos organismos multilaterais. Como decorrência da adaptação dos países às imposições do mercado financeiro houve no país diminuição dos gastos públicos em serviços essenciais, restrição das políticas sociais¹⁶, além do incentivo do Estado aos capitais estrangeiros oferecendo-lhes “atratividade”, em especial por meio de renúncia fiscal. Outras consequências do ajuste neoliberal para a política social são: flexibilização dos direitos sociais conquistados, privatização dos serviços públicos, a “reforma” do Estado (BEHRING, 2008). Nos termos de OLIVEIRA (1998), “O Estado é máximo para o capital e mínimo para o social”.

Segundo MARINI (2003), o governo FHC propagou ideologicamente a

¹⁵ Para maiores detalhes ver MOTA (1995).

¹⁶ Para FHC, as políticas sociais previstas na Constituição Federal de 1988 do Brasil aumentavam o déficit público (BEHRING, 2008).

necessidade de realização de “reformas” na Administração Pública como forma estratégica de enfrentamento da crise (fiscal e administrativa) do Estado, a qual ficou conhecida como Nova Gestão Pública ou reforma gerencial. Para este estudioso, há semelhanças entre o governo supracitado e o Governo Lula (2003-2010), pois Luiz Inácio Lula da Silva ainda como candidato à presidente da República brasileira — em 2002 — lançou uma carta conhecida como “carta ao povo brasileiro”, comprometendo-se a dar continuidade às “reformas” de seu antecessor. A diferença entre ambos está na direção adotada em seus discursos, sendo o de Lula positivo em relação à situação brasileira e do Estado. Para ele, o Estado é apresentado como solução para a crise depois de fazer algumas “reformas”, diferindo-se de FHC no processo de implementação do Plano de Reforma do Estado¹⁷ (MARINI, 2003).

A contrarreforma da Previdência Social, como parte das “reformas” institucionais, foi um dos alvos prioritários devido a sua importância social, econômica e política, justificando-se por diversas razões, tais como: a) a questão da equidade e da justiça entre os contribuintes do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) com os do Regime Próprio do Funcionalismo Público; b) a questão demográfica, havendo inversão na pirâmide demográfica na atualidade, o que gera uma desproporção entre contribuintes ativos e aposentados, haja vista que o sistema financeiro previdenciário brasileiro é prioritariamente do tipo repartição simples que se baseia na solidariedade entre gerações — dos jovens para os idosos; c) os encargos empresariais comprometeriam a competitividade das empresas; d) um suposto “déficit” da Previdência. Estes aspectos oficiais foram divulgados nos meios de comunicação para a formação de uma “cultura da crise” e houvesse consentimento da população com o desmantelamento da Previdência Social (CARTAXO, 2009).

As contrarreformas ocorridas na política previdenciária culminaram nas Emendas Constitucionais (EC) nº. 20 / 1998, nº. 41 / 2003 e nº. 47 / 2005. Destacamos essas mudanças a seguir:

- A Emenda Constitucional nº. 20 / 1998¹⁸ foi realizada no Governo FHC e incidiu prioritariamente no Regime Geral da Previdência Social, acarretando no que

¹⁷ Segundo MARINI (2003), Lula lançou em 2002 a chamada “Carta ao povo brasileiro” com vistas em marcar sua posição junto ao anseio popular, por um lado, e de outro, comprometendo-se a realizar “reformas estruturais, de combate à inflação e equilíbrio fiscal”. Segundo CARTAXO e CORDEIRO (2008), a primeira reforma da Previdência nesse governo ocorreu com rapidez. Lula para se eleger teve apoio tanto da classe trabalhadora como da classe média brasileira aliada à grande burguesia e ao imperialismo.

tange à legislação previdenciária em: extinção da aposentadoria por tempo de serviço; criação da aposentadoria por tempo de contribuição (30 anos para mulher e 35 anos para homem); extinção da aposentadoria proporcional; aposentadoria especial ficou restrita apenas para os trabalhadores cujas situações de ocupação prejudicam a saúde e a integridade física, conforme definido em lei. No que diz respeito ao servidor público para a aposentadoria voluntária seria necessário 10 anos em serviço público, 5 anos no mesmo cargo, sendo a idade mínima da mulher 48 anos e do homem 53 anos. Segundo CABRAL e CARTAXO (2007, p.161), essa emenda alterou os dispositivos constitucionais e houve

uma inversão dos princípios da Seguridade Social estipulados pela Constituição Federal de 88, ao prevalecer a lógica restrita do seguro social, que extingue os benefícios de caráter assistencial, introduz o sistema de financiamento por capitalização, abrindo espaço para a Previdência Complementar Privada.

- Já as Emendas Constitucionais nº. 41 / 2003 e nº. 47 / 2005 construídas no Governo Lula as modificações recaíram no serviço público. As principais alterações na EC nº. 41 foram: para aposentadoria voluntária houve aumento da idade mínima para 55 anos mulher e 60 anos homem, sendo necessário 20 anos em serviço público e 10 anos no mesmo cargo; quebra-se a paridade entre servidores ativos e inativos, havendo o reajustamento dos benefícios para os servidores novos e fixou-se em 11 % sobre a parcela que ultrapassar o teto do Regime Geral da Previdência (R.G.P.). Enquanto na EC nº. 47 tivemos as seguintes substituições: acresceu-se o tempo no serviço público para 25 anos e 15 anos no mesmo cargo; para aposentadoria especial manteve-se o contido nas EC anteriores e acresceu-se servidores com deficiência e atividades de risco; no que diz respeito à contribuição dos aposentados e dos pensionistas inativos colocou-se que apenas pagará se ultrapassar em dobro as pessoas com doenças incapacitantes (CARTAXO; CORDEIRO, 2008, p.8).

Para CARTAXO (2010, p.3),

As contrarreformas ocorridas na Previdência, sob o governo FHC - LULA não se constituem em melhorias dessa política propriamente dita tendo em vista a submissão do Estado aos organismos internacionais. Uma análise crítica dessas contra-reformas, apontam para redução, extinção ou criação de mecanismos burocráticos que dificultam o acesso aos direitos previdenciários estabelecidos pela Constituição Federal de 1988. Os direitos sociais previstos nessa Constituição somente serão alcançados no momento

em que o Estado não submeter o social ao econômico, mas o contrário negá-lo em prol de melhores das condições sociais.

O agravamento das desigualdades sociais e de suas expressões decorrentes requer um grande aumento no número de profissionais atuando efetivamente na concretização dos direitos previdenciários, quando não apenas estes são inviabilizados quanto a seu acesso por enorme parcela das classes subalternas, como também ao déficit no corpo técnico — parcialmente suprido apenas em fins de 2008, com a abertura de concurso público pelo INSS — se soma sua alocação em programas e projetos que tendem a inviabilizar seu trabalho na direção da materialização de direitos em uma relação direta com o usuário.

Diante do cenário adverso da atual crise financeira da economia como acirramento das determinações supracitadas, demanda dos profissionais a retomada de um esforço de compreensão histórica de sua atuação na Previdência Social, em vista de projetar uma ofensiva pela defesa e afirmação de direitos na ótica da saúde dos trabalhadores.

Detalharemos melhor, a seguir, como tem se construído o campo de saúde do trabalhador no Brasil e, em seguida, abordaremos especificamente acerca da política previdenciária como uma das áreas integrantes desse campo.

2.4 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO

O campo da saúde do trabalhador vem se acentuando nas últimas décadas no Brasil, tendo suas bases jurídico-legais preconizadas na Constituição Federal Brasileira (1988) que a estabelece como competência da União, sendo suas ações desenvolvidas pelos Ministérios da Previdência Social, Saúde e do Trabalho e Emprego e na Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº. 5.452 de 01/05/1943), assim como na área da Previdência Social: nas Leis nº. 8.212/91 e nº. 8.213/91 e na área da saúde nas Leis nº. 8.080/90, Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (21/12/2004), Renast — Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Portarias nº. 1.679, de 19/09/2002, nº. 2.437, de 07/12/2005 e nº. 2.728, de 11/11/2009), concretizada através do Cerest — Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, entre outras.

Para além do arcabouço legal (obviamente, fruto de correlação de forças e lutas

coletivas), o referido campo tem sido consolidado levando-se em consideração a relação trabalho-saúde na compreensão da saúde-doença enquanto um processo social (envolve as relações sociais, processo de produção e organização do trabalho) (LAURELL; NORIEGA, 1989), partindo do entendimento da saúde em seu “conceito ampliado”, ou seja, como processo histórico-social e biológico inerente à vida humana na sociedade capitalista, na perspectiva colocada pelas lutas da Reforma Sanitária no país. Para THEBÁUD-MONY *apud* MENDES (2012),

a saúde é um processo dinâmico pelo qual o trabalhador se constrói e caminha, processo que se inscreve no trabalho, nas condições de vida, nos acontecimentos, nas dores, no prazer, no sofrimento e em tudo o que constitui uma história individual na singularidade, mas também a história coletiva, pela influência das diversas lógicas nas quais a saúde se insere.

A concepção de saúde do trabalhador envolve a manifestação de agravos relacionados aos processos de trabalho e aos processos sociais, compreendendo o processo de saúde-doença considerando, ainda, os aspectos que vínhamos abordando anteriormente: ritmos de trabalho, duração e intensificação da jornada de trabalho, exploração, entre outros aspectos que permeiam o mundo do trabalho.

Além disso, é um campo que “requer articulação de um conjunto de conhecimentos e intervenções que possam incidir sobre as condições efetivas do processo de saúde-doença e de proteção social” (MENDES, 2012). A consecução deste propósito foi pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja a efetiva articulação entre os diversos setores do Estado e a efetiva participação da sociedade.

Neste sentido, a construção do campo da saúde do trabalhador é fruto de lutas históricas, que se preocupa em

conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. (...) Identificando-se a partir de conceitos originários (...) relativos à determinação social do processo saúde-doença (LACAZ, 2007, p.757).

Portanto, isso implica em dizer que este é um campo em disputa que reconhece as dimensões sociais, políticas e econômicas expressas na sociedade e que permeiam os distintos interesses de classe, de modo a por em evidência o protagonismo do sujeito (incluindo os movimentos sociais e sindicais), os quais referenciam suas ações visando

a promoção da saúde, questão essa que vem se acentuando frente ao que se tinha até então: Medicina do Trabalho, na qual suas ações eram centradas no tratamento da doença, tendo como determinante do processo saúde-doença o aspecto biológico; e Saúde Ocupacional, que tinha como foco principal a prevenção de doença tendo como determinantes do processo saúde-doença as questões ambientais.

Neste sentido, cabe colocar que a saúde do trabalhador supera a abordagem individual no entendimento da relação do processo saúde-doença / saúde-trabalho para a coletiva.

Pode-se dizer que a saúde do trabalhador assume a premissa que trabalho é inerente à condição humana, por meio do qual produzimos e reproduzimos a sociedade, mas não basta trabalhar, é preciso que se ponha em xeque que o adoecimento / acidente laboral não é natural intrínseco ao desenvolvimento de atividades laborais.

Assim como, deve-se desnaturalizar a “confusão” ocasionada entre a venda *da força de trabalho* e a desapropriação e esgotamento da saúde e vida do trabalhador, como se sua indevida apropriação levada à exaustão fosse justificada pelo fato de se pagar por essa mercadoria. Logo, como dito anteriormente, quando falávamos acerca do trabalho estranhado/alienado e da extração da mais-valia, o trabalhador não se vende.

Outra questão, é que não se pode atribuir a redução da capacidade laboral do trabalhador quando gerados pelos agravos à sua saúde como natural, nem apenas responsabilizá-lo individualmente por seu possível “descuido e despreparado”.

Quando se trata de saúde do trabalhador, questiona-se que não é suficiente o reparo à saúde *post factum*, o que se dá tanto no que diz respeito às atividades terapêuticas na área da saúde, mas também via pagamentos indenizatórios pelo agravo causado à saúde dos trabalhadores.

E, mesmo que a pauta reivindicativa dos trabalhadores e seus organismos representativos coloque a luta por adicional de salário devido às condições de trabalho, inclusive, diante da exposição desses a ambientes de trabalho insalubres, como prática recorrente historicamente, faz-se mister o avanço nas lutas para além disso e na perspectiva trazida no campo da saúde do trabalhador – não basta indenizar, tratar/ curar/ reparar os danos ocasionados, nem apenas entender a saúde de forma limitada “como ausência de doença”, muito menos só se centrar na adequação/adaptação aos postos e ambiente de trabalho ou em práticas de prevenção de doenças/acidentes laborais (que implicam, inclusive, uso do EPI – Equipamento de Proteção Individual e na instituição de práticas de ergonomia), o que sem dúvidas são imprescindíveis serem

concretizados.

Mas, principalmente, é preciso superar a desarticulação entre todos esses campos de preocupação e, principalmente, apreendê-los e trazer à tona em uma direção mais ampla, na qual se põe em xeque a raiz dos agravos e os rumos que tem sido tomado na configuração do mundo do trabalho atualmente.

Mais que se preocupar com manter a produção, é preciso que a vida e saúde dos trabalhadores seja posta como principal. Já se colocava na terceira conferência nacional de saúde do trabalhador, em 2005, “trabalhar sim, adoecer não”.

Embora o arcabouço legal existente prescreva inclusive responsabilidades tanto das empresas/ instituições como do Estado (entre elas, a política de Previdência Social) para o que foi já gerado e à guisa de reparação, e numa proporção maior que antigamente, não se é suficiente, embora necessário, lutarmos para que sejam superados os determinantes que causam agravos à saúde dos trabalhadores, os quais devem ser entendidos considerando uma gama de aspectos que o permeiam e as contradições destes, os quais já explanamos anteriormente.

A contradição e luta de classe está no cerne disso, assim como as políticas sociais surgem no meio disso para buscar dar resposta e mediar os distintos interesses em questão, seja numa perspectiva conciliadora /apaziguadora dos mesmos, indenizatória e por vezes até reformista. E, entre as referidas políticas está a Previdência Social.

Mas, diante dessas contradições, é necessário que nos atentemos ao que está instituído, desnaturalizando-o, e buscarmos as raízes das problemáticas em disputa, de modo a possibilitarem entendermos às propostas colocadas pelos atores envolvidos e em que direção nos vai levar as ações postas, muitas vezes tidas como progressistas e/ou necessárias, como, por exemplo, o que se propõe no âmbito da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional / Ergonomia, mas que se apenas centrarmos nossas ações no viés individual de resposta aos problemas ocasionados no âmbito do coletivo (e, no caso, na produção coletiva apropriada privadamente) e no cumprimento de normativas, se perpetuará os mecanismos dominantes e as determinações implicadas no bojo do processo de saúde-doença em sua relação com o trabalho.

No Brasil, é na direção que apontamos ao decorrer do texto que a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) vem sendo construída nos anos 2000, a qual prevê ações que buscam superar a fragmentação histórica em três áreas: Saúde — responsável pela assistência aos doentes e acidentados; Previdência — a qual

cabe a concessão de benefícios por incapacidade, seguro social e reabilitação profissional; Trabalho e Emprego — responsável pelas ações e atividades de inspeção na área de segurança e saúde do trabalho. Portanto, implicando na articulação e atuação conjunta entre elas.

Mas, muitos ainda são os caminhos a serem trilhados para a consolidação da referida política, pois há diversos interesses em disputa, os quais, na prática, tem gerado impasses para a expansão da atenção à saúde do trabalhador dentro das ações estatais. Para Minayo-Gomez e Lacaz (2005), ainda inexistente uma Política Nacional em Saúde do Trabalhador de modo a contemplar diretrizes e estratégias que garantam ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, envolvendo profissionais preparados para reconhecer as relações existentes entre trabalho e saúde.

Os avanços e recuos de ações estatais no âmbito da saúde do trabalhador se dá mediante conquistas da classe trabalhadora mediante lutas coletivas, mas também, em certos períodos, se faz concessões para se cooptar e apaziguar as massas.

Esse movimento repercute na adoção de medidas tomadas pela política previdenciária, que teve grande influência, no caso brasileiro, do modelo de segurança social de Beveridge¹⁹ (e da definição posta pela OIT — Organização Internacional do Trabalho da década de 1950), no que diz respeito à sua instituição enquanto mecanismo de ressarcimento de um dano de forma monetária e mediante o cumprimento de certas regras e condicionalidades.

Na direção apontada por Berlinguer (2004), as indenizações (geralmente em dinheiro) por danos sofridos ou por riscos previsíveis e controle do comportamento dos trabalhadores são práticas consolidadas há séculos. Lembrando ainda que os seguros obrigatórios “estabeleciam uma dupla garantia: para as empresas, de não serem perseguidas em juízo para causas de ressarcimento e, para trabalhadores, de obter um ressarcimento quase automático pelas lesões sofridas” (BERLINGUER, 2004, p.135). Inclusive o mesmo autor ainda ressalta que as empresas ofereciam (e era reivindicação também dos sindicatos) incrementos de salário como compensação monetária para se trabalhar imerso à nocividade e riscos, não havendo estímulo à prevenção, tendo como consequências o aumento no número de acidentes e, diante disso, só então as

¹⁹ Segundo Vieira (1992), em 1941 durante a Segunda Guerra Mundial (período em que se agravaram as demandas sociais e havia muita pressão social e luta dos trabalhadores), Beveridge ficou incumbido de realizar uma organização de um sistema de segurança social que visava garantir rendimento mínimo aos trabalhadores em situação de risco social, tendo como princípios a generalização, uniformidade, unificação e centralização. Ele instituiu a Seguridade Social.

organizações sindicais iniciaram um movimento que se expressa pela motivação “a saúde não se vende”.

A crítica de Berlinguer (2004) à monetização da saúde do trabalhador é ainda válida nos dias atuais. Além do trabalhador fazer da sua força de trabalho uma mercadoria, vendendo-a para o dono do capital como forma de subsistência, paralelamente, isso vem ocorrendo na questão da sua saúde, a qual nos é desapropriada como se nem desta fossemos proprietários.

Segundo Sebastião Geraldo de Oliveira *apud* Silva (s/d, online):

A solução retrógrada de compensar a agressão por adicionais (monetização do risco) vem sendo banida com energia pelos trabalhadores, sob a bandeira coerente de que "saúde não se vende". De fato, a crescente dignificação do trabalho repele a política de remunerar as agressões à saúde, acelerando o desgaste do trabalhador e, conseqüentemente, apressando a sua morte.

A partir dos apontamentos de Marx (2011) trazidos anteriormente, cabe, então à classe trabalhadora e à sociedade impor limites para essa expropriação. Isso se dá mediante as lutas coletivas tanto no âmbito dos sindicatos, movimentos sociais, partidos políticos, quanto mediante às conquistas em forma de política social, tal como ocorreu com a política previdenciária. Mas, nesta última, ainda se trava uma luta cotidiana de diversos sujeitos (trabalhadores, profissionais, organizações representativas etc.) para que haja o reconhecimento dos fatores que levam à incapacidade para o trabalho e do nexos entre trabalho e adoecimento / acidente laboral, ou seja, uma incessante luta pelo reconhecimento do nexo da causalidade dos agravos à saúde dos trabalhadores, para que haja de fato direito à proteção social.

Diante dessa problemática, aprofundaremos, a seguir, como a preocupação com a consolidação do campo da saúde do trabalhador tem se efetivado a partir da política previdenciária, como política social brasileira central, sendo essa a área em que se deu o principal recorte da pesquisa realizada.

3. A PREVIDÊNCIA SOCIAL COMO RESPOSTA AO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA NO SÉCULO XXI: DESAFIOS PARA O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DIANTE DAS CONTRARREFORMAS EM CURSO

Diante do adoecimento que acomete o trabalhador e/ou acidente do trabalho, como já dito na seção anterior, resta a ele recorrer às políticas de seguridade social (saúde, assistência social, previdência) meios de garantir a recuperação da saúde (na medida do possível) e para prover seu sustento durante o período de afastamento do trabalho, assim como reabilitar-se (para o trabalho e desempenho de atividades da vida diária)²⁰. Trataremos mais especificamente acerca da Previdência Social e seu serviço de Reabilitação Profissional (RP).

No Brasil, a política previdenciária é incumbida de garantir mínimo rendimento às pessoas que, por alguma contingência da vida (invalidez, desemprego involuntário, acidente de trabalho, entre outras), se encontram em situação de risco social (temporário ou permanente)²¹, permitindo a reprodução da força de trabalho. E, portanto, constitui-se por um lado, numa política de proteção social ao trabalhador que necessite se afastar do exercício de atividades laborais. Por outro lado, ela é um seguro social que requer contribuição²² direta prévia para participar dela e ter direito aos chamados benefícios (tais como: auxílio-doença, auxílio-acidente, aposentadoria por invalidez, entre outras), sendo o contribuinte denominado segurado²³.

A referida política, portanto, medeia a relação capital-trabalho, atuando como “resposta post-factum” (à guisa de reparação) para o que foi gerado decorrente da exploração do trabalho. Ela enquanto política social não resolve a situação gerada em sua raiz, embora atenua como medida paliativa a condição de vida do trabalhador²⁴ no sentido de permitir sua reprodução (seu sustento e sobrevivência e de sua família), como já dito.

Não imune às transformações societárias, a Previdência Social e, conseqüentemente, seu serviço de Reabilitação Profissional sofrem rebatimento da conjuntura econômica e política vivida no país, sendo alvo de desmonte historicamente, quadro este que tem se intensificado desde a década de 1990, na particularidade do

²⁰ Novamente lembrando que outra alternativa é recorrer aos sindicatos e a outros organismos coletivos, mas devido aos limites da dissertação, este debate não será travado.

²¹ Essa discussão foi trazida por Cartaxo, em 2009, durante a aula da disciplina “Serviço Social e Seguridade Social: Previdência” / UFSC.

²² Esta é uma contradição no princípio da universalidade de acesso ao regime previdenciário.

²³ Essa denominação será utilizada ao decorrer da presente dissertação por ser um termo usual na Previdência Social.

²⁴ Frisa-se que apenas daqueles que pagam o Instituto Nacional de Seguridade Social: muitos trabalhadores formais, mas estes tem se reduzido na realidade brasileira com o aumento da informalidade, trabalhos temporários etc. Aqueles que não tem acesso à Previdência recorrerão à Assistência Social ou até mesmo à filantropia para obter meios de prover seu sustento. Cabe pontuar no que diz respeito à recuperação da saúde (física e/ou mental) todos tem direito à política de saúde, que é universal.

Brasil. Desde esse período, a Previdência Social tem sido atingida pelas contrarreformas do Estado em curso, sendo no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) disseminada uma ideologia na sociedade brasileira que havia uma crise na política previdenciária que precisava ser enfrentada.

Devido à importância econômica, política e social da Previdência Social e sua centralidade no país, esta tem sido um dos principais alvos de desmonte. Conforme Reis e Domingues *apud* Cartaxo,

A reforma da Previdência é fundamental, por constituir-se no 2º orçamento da União, podendo gerar investimentos em várias áreas da economia. Ao contrário, se os direitos previdenciários fossem efetivamente universalizados, impediriam a apropriação pela classe dominante da poupança oriunda da receita previdenciária (CARTAXO, 2008, p.176).

Neste sentido, na época, diversas justificativas oficiais foram propagandeadas para a realização da contrarreforma previdenciária, as quais foram baseadas em um discurso da existência de “déficit” na Previdência Social Pública — embora a pesquisadora Gentil (2010) afirme que na época houve “superávit” — e que seu sistema administrativo, gerencial e financeiro baseado na “solidariedade entre gerações” não funcionaria, pois a população brasileira estava envelhecendo, repercutindo no aumento de aposentadorias e, dessa forma, a Previdência poderia “falir”, entre outras (CABRAL; CARTAXO, 2007). É importante explicitarmos acerca da “falácia do déficit da Previdência” a partir de Gentil (2010):

verifica-se que o sistema [da seguridade social] como um todo é superavitário, o que indica que o governo, na verdade, dispôs de recursos excedentes, mas deixou de gastá-lo com serviços de saúde, previdência e assistência social, para aplicá-los no orçamento fiscal, resultando nos superávits primário elevados dos últimos tempos. Ao contrário do que normalmente se divulga através das fontes oficiais e que se propaga pela imprensa sem nenhum exame crítico, a previdência social e o sistema de seguridade social são financeiramente sustentáveis (GENTIL, 2010, p.2).

E complementa a autora,

Durante os últimos doze anos, apenas em quatro exercícios financeiro o Regime Geral de Seguridade Social teve saldo operacional negativo [na década de 1990 isso ocorreu em: 1995, 1996, 1998]. Nos demais exercícios, houve superávit, particularmente no período mais recente, pós-1999. É importante chamar atenção para o excedente de recursos no caixa do INSS no

ano de 2004, que alcançou a cifra de R\$ 8,2 bilhões. Dificilmente pode-se falar em falência diante de uma situação financeira tão confortável (GENTIL, 2010, p.5).

Com isso, tinha-se a intenção de favorecer a Previdência Privada Complementar e transformá-la numa concepção restrita ao “seguro”, indo na “contramão” dos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988, além de atender as prerrogativas do Consenso de Washington (CABRAL; CARTAXO, 2007).

Ainda no Governo FHC, foi apresentada a PEC 33/1995 (Proposta de Emenda à Constituição), o qual culminou na Emenda Constitucional nº. 20 / 1998, que restringiu diversos direitos sociais previdenciários. Outras duas Emendas foram realizadas no Governo Luiz Inácio Lula da Silva: de nº. 41 / 2003 e de nº. 47 / 2005. E, recentemente, no Governo Dilma realizou-se reforma no plano de carreira e criação da previdência complementar do funcionalismo público, além das tendências delineadas que estão em discussão, tais como: negociação de queda do fator previdenciário em troca de aumento no tempo de contribuição e idade; revisão nas pensões colocando-se critérios socioeconômicos no seu valor, sendo proposto o estabelecimento de carência para pensão por morte, a qual definirá o valor do benefício para pensionistas; revisão do atrelamento do BPC a um salário mínimo, entre outras que estão sendo cogitadas.

Além dessas medidas, as contrarreformas em curso impactaram também a prestação do serviço de Perícia Médica e Reabilitação Profissional, sendo adotadas medidas cada vez mais restritivas para a concessão de benefícios previdenciários.

Concomitantemente a isso, diante das atuais mudanças no mundo do trabalho — já vistas no capítulo anterior — tem se intensificado o agravamento à saúde dos trabalhadores e se ampliado a demanda por benefícios e serviços previdenciários, como se pode verificar nos dados do Anuário Estatístico da Previdência Social — AEPS (2011) a seguir:

Quadro 1 - Quantidade de benefícios concedidos, por clientela, segundo os grupos de espécies - 2009/2011²⁵

Grupo de espécies	2009	2010	2011	Urbana			Rural		
				2009	2010	2011	2009	2010	2011

²⁵ Foram suprimidos os dados referentes aos demais tipos de benefícios que não são o foco do presente trabalho.

Total benefícios	4.473.909	4.640.120	4.767.039	3.389.219	3.565.641	3.737.177	1.084.690	1.074.479	1.029.862
Benefícios RGPS	4.108.224	4.261.083	4.423.616	3.023.534	3.186.604	3.393.754	1.084.690	1.074.479	1.029.862
Previdenciários	3.754.855	3.909.359	4.077.115	2.697.190	2.860.099	3.070.376	1.057.665	1.049.260	1.006.739
Aposentadorias	1.071.041	1.025.796	1.061.724	689.369	653.974	693.410	381.672	371.822	368.314
Invalidez	179.021	183.678	183.301	158.285	160.624	159.377	20.736	23.054	23.924
Auxílios	1.733.877	1.925.012	2.050.673	1.543.094	1.707.945	1.839.024	190.783	217.067	211.649
Grupo de espécies	2009	2010	2011	Urbana			Rural		
				2009	2009	2009	2009	2010	2011
Doença	1.713.115	1.900.728	2.022.613	1.525.083	1.686.759	1.814.257	188.032	213.969	208.356
Acidente	4.634	5.451	6.871	3.372	4.082	5.339	1.262	1.369	1.532
Acidentários	353.369	351.724	346.501	326.344	326.505	323.378	27.025	25.219	23.123
Aposentadoria por invalidez	8.940	10.261	11.108	8.327	9.456	10.270	613	805	838
Pensão por morte	850	778	751	827	757	733	23	21	18
Auxílios	343.579	340.685	334.642	317.190	316.292	312.375	26.389	24.393	22.267
Doença	329.914	327.894	319.445	304.117	304.104	297.828	25.797	23.790	21.617
Acidente	13.472	12.655	15.068	12.880	12.052	14.418	592	603	650
Suplementar	193	136	129	193	136	129	—	—	—

Fonte: DATAPREV, SUB, SINTESE *apud* Anuário Estatístico da Previdência Social 2011 (BRASIL, 2011 b, p.21, grifos nossos).

O aumento no número de requerimentos de benefícios e o número de concessões destes contribuem para indicar o aumento do deterioramento da saúde dos trabalhadores nos dias de hoje, à medida que consta um número expressivo de segurados em percepção de benefícios, embora os dados da Previdência Social apenas computem acerca dos trabalhadores formais e daqueles que contribuem com ela.

Ainda há um número expressivo de subnotificações e não notificações de acidentes do trabalho, mesmo com a instituição do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário — NTEP²⁶ e a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho — CAT não ser mais exclusiva da empresa / instituição empregadora, fato este que contribuiu para evidenciar e aumentar o número de acidentados do trabalho, como pode ser verificado na tabela abaixo:

Quadro 2 - Quantidade de acidentados do trabalho

²⁶ O NTEP é um mecanismo utilizado para auxiliar na caracterização de um acidente ou doença do trabalho, que permite apontar se há relação entre lesão/agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. Sua implementação no INSS ocorreu em 2007, o que contribuiu para o aumento de notificação de acidentes e doenças laborais. Estas informações acerca do NTEP estão disponíveis no sítio eletrônico da Previdência Social, ver < <http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=463>>. Acesso em 1 mar. 2013. Para maior aprofundamento sobre sua importância e contribuição vide coletânea apresentada em MACHADO *et. al.* (org.). **Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

Grupos de idade	Total			Com CAT registrada			Sem CAT registrada		
	2009	2009	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Total	733.365	709.474	711.164	534.248	529.793	538.480	199.117	179.681	172.684
Masculino	527.926	508.386	503.963	397.453	390.946	391.878	130.473	117.440	112.085
Feminino	205.434	201.086	207.194	136.790	138.845	146.595	68.644	62.241	60.599
ignorado	5	2	7	5	2	7	—	—	—

Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho - AEAT 2011 (BRASIL, 2011 c, p.61)

Além disso, os entraves enfrentados pelo trabalhador para recebimento de benefícios previdenciários envolvem desde o reconhecimento da doença laboral à mecanismos burocráticos e restritivos que são submetidos diante da tendência de enxugamento da Previdência Social em direção à sua privatização.

É no bojo desse cenário contraditório que a Reabilitação Profissional previdenciária se insere, pois ao trabalhador contribuinte ser acometido por doença e/ou acidente este recorrerá à Previdência Social para percepção de benefícios e ao realizar a perícia médica será avaliado seu potencial laborativo, podendo ser encaminhado para cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional com vistas a seu retorno às atividades laborais.

Evidentemente, a Reabilitação Profissional é um serviço fundamental e imprescindível para atender às necessidades imediatas do trabalhador que apresenta redução e incapacidades para o desenvolvimento das suas atividades laborais, mas ela tem se constituído num *locus* institucional controverso, como abordaremos a seguir.

Para tanto, iniciaremos o tópico abaixo fazendo alusão ao histórico da RP brasileira e à sua estrutura de funcionamento para podermos compreendê-la na atualidade, analisando sua realidade nacional relacionada à local a partir da pesquisa realizada com os profissionais que atuam na RP da Agência de Previdência Social (APS) de Florianópolis/Continente.

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CONSTITUIÇÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL

Ao abordar acerca da Reabilitação Profissional (RP) historicamente no Brasil não se pode dissociá-la da instituição previdenciária nem de suas prerrogativas, haja vista que a Previdência “fazia parte do rol de instituições que deveriam atender às necessidades do aprofundamento do modo de produção ao alcançar novas etapas de seu desenvolvimento” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1990, p.309).

Neste sentido (como toda política social), a Reabilitação surgiu como estratégia de enfrentamento das expressões da questão social causada pela desigualdade do sistema capitalista, particularmente no que diz respeito às relações sociais de produção e reprodução da força de trabalho, não atendendo somente as exigências institucionais, mas também às necessidades dos trabalhadores (referimo-nos às mais imediatas e não em sua plenitude, como se verá ao decorrer da dissertação).

Foi a partir do Decreto-Lei nº. 48.959/1960 que o termo Reabilitação Profissional foi institucionalmente consolidado como resposta pública à incapacidade. Mas foi nas décadas de 1970 e 1980 que se constituíram os Centros de Reabilitação Profissional (CRP) e Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP) (MAENO *et. al.*, 2009).

Antes disso, a reabilitação entendida como nível terciário de assistência, não era competência de nenhuma esfera governamental, à exceção de algumas poucas instituições públicas.

Neste espaço não ocupado pela saúde pública, a própria sociedade civil, mobilizou-se e constituiu as associações beneficentes e particulares de atendimento às pessoas com deficiências.

Cabe ressaltar que a partir do processo de industrialização, nos grandes centros urbanos, sobretudo depois dos anos 40, verifica-se um aumento substancial dos casos de deficiência adquirida, ocasionados pelo acidente de trabalho, de trânsito, de doença ocupacionais e subnutrição. As populações rurais que migravam para os grandes centros, em busca de trabalho, e que se acidentavam, eram atendidas em hospitais privados conveniados com os Institutos de Previdência. Essas pessoas, em sua maioria analfabetas, sem profissão definida, sem retaguarda familiar ou financeira, eram sumariamente aposentadas já que suas chances de readaptação ao mercado de trabalho eram consideradas nulas. Mas a criação de Centros de Reabilitação do INPS alterou um pouco esta realidade.

Nos anos 1970, os setores de Benefícios, Reabilitação Profissional e de Perícia Médica do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), objetivavam o atendimento integral com vistas a uma rápida recuperação do segurado e conseqüente retorno ao trabalho. Porém, a lógica que imperava nesses setores era numa perspectiva econômica de acumulação, mais a favor da instituição que dos segurados (COELHO, 2006), situação esta ainda recorrente nos dias de hoje, inclusive no serviço de Reabilitação Profissional do INSS. Conforme pondera Cartaxo (2008),

o procedimento institucional da perícia médica previdenciária não é aleatório, contém a lógica racional da reprodução da força de trabalho. E esta se realiza quer possibilitando a recuperação mínima de saúde para a produção, quer como mediador do processo de concessão do “auxílio-doença”, que como salário indireto, garante ao trabalhador a subsistência, e, portanto, a reprodução ou manutenção da força de trabalho. (CARTAXO, 2008, p.79)

Embora seja evidente o caráter contraditório das políticas sociais numa sociedade de classes — favorece a acumulação do capital e são usadas para legitimar as ações dos governos, como também atende às necessidades sociais da população, sendo fruto de lutas da classe trabalhadora —, as décadas de 1970 e 1980 constituíram “um período de expansão e consolidação dos serviços de Reabilitação Profissional no Brasil” (MEDEIROS, 2012, p.166), ao contrário do que vai ocorrer nas décadas seguintes no bojo da contrarreforma do Estado em que a Previdência Social é atingida e, conseqüentemente, também o é o serviço de RP prestado pela mesma, resultando no enxugamento deste, como se verá adiante.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a Reabilitação foi preconizada nas políticas que compõem a Seguridade Social (Assistência Social, Previdência Social e Saúde) e também consta nas seguintes legislações: Lei nº. 8.080/1990, Lei nº. 8.213/1991, Decreto nº. 129/1991 (promulgação da Convenção nº. 159 da OIT — Organização Internacional do Trabalho), Lei nº. 8.742/1993 (alterada posteriormente pela Lei nº. 12.435/2011), Decreto nº. 2.172/1997 (revogado pelo Decreto nº. 3.048/1999), Decreto nº. 3.298/1999. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, passou-se a reabilitação física e psicossocial ser de competência do setor da saúde (até então realizada pela Previdência), cabendo apenas a Reabilitação Profissional à Previdência Social.

No que diz respeito à Previdência Social, na década de 1990 foi oficializada a nova estrutura funcional da Reabilitação Profissional através do Decreto nº. 2.172 / 1997, do Ministério da Previdência Social, sendo normatizada por duas resoluções, conforme indicam Takahashi e Iguti,

A primeira desmontava os CRPs [Centros de Reabilitação Profissional do INPS] e NRPs [Núcleos de Reabilitação Profissional do INPS], descentralizando os serviços de reabilitação profissional para as agências de benefícios do INSS (Resolução nº. 423/MPAS/INSS. Instituto Nacional de Previdência Social 1997; 7 mar). A segunda alterava as funções básicas do processo de reabilitação profissional para: (1) a avaliação e a definição da capacidade laborativa; (2) a orientação e o acompanhamento do programa profissional; (3) a articulação com a comunidade para reingresso no mercado

de trabalho e (4) o acompanhamento e a pesquisa de fixação no mercado de trabalho (Resolução nº. 424/MPAS/INSS. Instituto Nacional de Previdência Social 1997; 7 mar) (TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p. 2667).

Esse processo de mudanças instituído pela contrarreforma no sistema de proteção social, no caso, o previdenciário, denominou-se “Plano de Modernização da Reabilitação Profissional” [RP] (TAKAHASHI, 2006), sobre o qual abordaremos a seguir.

3.1.1 Plano de Modernização e *Reabilita* em debate: a desconstrução da RP em curso

O Plano de Modernização da Reabilitação Profissional²⁷, que teve as diretrizes do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) como suas orientadoras²⁸, desencadeou o processo de desmonte do serviço de Reabilitação Profissional, o qual foi reconfigurado em unidades mínimas denominadas Unidades Executivas de Reabilitação Profissional (UERP), havendo o desmonte dos CRP(s) e NRP(s) — os quais haviam passado, por falta de investimentos do governo, por um processo de sucateamento no que diz às instalações, com enorme carência de recursos humanos (sendo que muitos profissionais aderiram aos planos de aposentadoria proporcional, além de haver nesse período incentivos do governo à demissão) (TAKAHASHI, 2006; MEDEIROS, 2012)²⁹.

Foi nesse processo de mudança e desmonte dos CRPs e NRPs para implantação da nova estrutura no INSS durante a “contrarreforma em curso” que se preparou a base legal para que o novo modelo de atenção (iniciado com as chamadas UERP) passasse a desenvolver apenas atividades de regulação e não de execução, com a delegação pelo INSS para que as empresas realizassem a reabilitação profissional de seus trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho e as UERP(S) apenas realizassem a homologação da readaptação (TAKAHASHI, 2006), conforme previsto pela Resolução nº. 439/MPAS/ INSS de 10/04/1997 :

²⁷ Takahashi (2006) aponta que a fase desse plano ocorreu no período de 1995 a 2000.

²⁸ Segundo Medeiros (2012).

²⁹ Além disso, Medeiros (2012) pontua que, durante esse processo, parcela da população ficou sem conseguir acesso aos serviços de reabilitação psicofísica com foco na recuperação da capacidade laborativa (a autora ainda salienta que isso foi um paradoxo, haja vista que o tratamento passou a ser de caráter universal) aumentaram a fila de espera para afastamento através do auxílio-doença e para atendimento no serviço de RP previdenciário.

À vista das exigências da legislação trabalhista e previdenciária, no que se refere à troca de função, as empresas interessadas no reaproveitamento de seus empregados, que mesmo não estando em percepção de benefícios sejam portadores de patologias incapacitantes, deverão celebrar convênio ou acordo de homologação de readaptação com as UERP(s) (RESOLUÇÃO Nº 439/MPAS/ INSS de 10/04/1997 apud TAKAHASHI, 2006, p.147)

Cabe destacar que para a implantação desse novo modelo, exigiu-se a reorganização das unidades, havendo

o estímulo a polivalência dos recursos humanos disponíveis e treinamento em serviço, tendo em vista a defasagem de conhecimentos, pela inexistência de programa sistemático de capacitação profissional por parte da linha de Recursos Humanos (SCARANELLO, 2006, p.118).

A partir de então se pode dizer que as equipes multiprofissionais foram suprimidas, com extinção das funções específicas dos profissionais, como Assistentes Sociais, Psicólogos, Sociólogos, Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (Lei nº 10.355 de 26/12/2001), sendo instituídos “os cargos de Procurador da Previdência Social, Auditor Previdenciário, Auditor Médico-Pericial, Analista de Benefícios Previdenciários (nível superior) e Técnicos de Benefícios Previdenciários (nível médio)” (TAKAHASHI, 2006, p. 147)³⁰.

Embora as equipes de Reabilitação Profissional passem a ser compostas por Peritos Médicos do INSS, Analistas do Seguro Social com formação nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Sociologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e outras áreas afins à RP e servidores administrativos (denominados Técnicos do Seguro Social), para a atuação no serviço de RP os referidos Analistas assumem um cargo genérico denominado *responsável pela orientação profissional*³¹ (também chamado de *orientador profissional*), realizando suas funções e atribuições de acordo com o “protocolo” instituído pelo INSS. Ou seja, a qualificação técnica dos profissionais é diluída, decorrendo diversas implicações a serem problematizadas a seguir.

³⁰ A Lei nº. 11.907/2009 em seu art.21-A transformou os cargos vagos de nível superior e nível intermediário da Carreira Previdenciária instituída pela Lei nº 10.355 de 26/12/2001 em cargos de Analista do Seguro Social e de Técnico do Seguro Social.

³¹ Essa denominação atualmente consta no Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional — Módulo I (p. 28), aprovado pela Resolução nº. 160/PRES/INSS, de 17 de outubro de 2011, que serve de parâmetro para atuação nesse serviço. Mas cabe evidenciar o que Struffaldi salienta: “todos de uma hora para outra viraram OP — orientador profissional — sendo que não existe essa categoria profissional dentro da própria instituição (STRUFFALDI apud BREGALDA, 2012, p.47).

O Plano de Modernização da Reabilitação Profissional delineava o perfil do referido profissional para atuar na RP, conforme pode ser verificado abaixo:

Ter o entendimento *holístico* do indivíduo; ter a capacidade de trabalhar com os indivíduos de diferentes realidades socioeconômicas e culturais; ter a sensibilidade de incorporar a concepção e os valores culturais dos reabilitandos às ações terapêuticas; ter a flexibilidade para estabelecer projetos interprofissionais, interinstitucionais e intra-institucionais; ter a disposição para desenvolver ações educativas junto à clientela, às empresas, às representações de trabalhadores e a comunidade em geral; ter a postura crítica para instrumentalizar o reabilitando como cidadão e co-responsável pelo seu processo de RP; *ter a criatividade para estabelecer programas que desenvolvam a iniciativa, as habilidades dos reabilitandos e estratégias que viabilizem o retorno dos mesmos ao mercado de trabalho; e ter a consciência crítica para gestar com racionalidade e compromisso social os recursos públicos.* (PLANO DE MODERNIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL *apud* SCARANELLO, 2006, p. 120, grifos nossos).

Fica evidente com essa reconfiguração da Reabilitação Profissional na década de 1990 que a autonomia profissional é posta em xeque, haja vista a função de *orientador profissional* ser a mesma para qualquer profissional de nível superior. Ressalta-se que essa denominação genérica do cargo ocupado pelos profissionais de diferentes áreas de formação que atuam na Reabilitação Profissional não é meramente semântica, haja vista implicar na descaracterização da especificidade das ações profissionais no espaço sócio-ocupacional do INSS, o que está intimamente relacionado atualmente com as transformações no mundo do trabalho na instituição do trabalhador polivalente.

Segundo Pitto (2009), “a função técnica de Orientador Profissional é exercida por profissionais de várias formações, o que impede qualquer abordagem que seja exclusiva e normatizada por seus respectivos Conselhos”. Contraditoriamente,

a Instituição recomenda que cada técnico que atende o usuário utilize a identificação de sua assinatura, através de um carimbo profissional, contendo nome, número do conselho regional da profissão, matrícula no Órgão, caracterizando sua identidade profissional. (SCARANELLO, 2006, p.120)

Esta é uma das questões a ser problematizada quando abordarmos acerca do serviço de Reabilitação Profissional, pois para seu funcionamento efetivo é crucial que se tenha uma estrutura com equipe profissional fixa que possa direcionar sua atuação profissional sem ser efêmera constantemente. Pois, mesmo que exista um “protocolo” de atendimento a ser seguido pela equipe de RP, cada profissional direciona suas ações de acordo com a formação que teve, inclusive ao preencher formulários do Programa de

Reabilitação Profissional (PRP), ficando lacunas (mesmo que implícitas) que poderiam ser supridas se houvesse o atendimento por uma equipe interdisciplinar.

Embora já evidenciado, cabe ressaltar que todas as profissões possuíam funções/atribuições específicas, de acordo com sua formação, antes de ocorrer o desmantelamento das equipes multiprofissionais. Com a instituição “orientador profissional”, além de haver a diluição das especificidades das ações profissionais no espaço sócio-ocupacional do INSS, as atribuições das profissões foram sobrepostas, sendo que todos passam a realizar as mesmas. Dessa forma, o atendimento do segurado é feito por uma “equipe híbrida” e efêmera, com a realocação e atuação dos profissionais de acordo com o quadro das APS disponíveis (ou seja, as equipes são compostas e recompostas de acordo com o quadro de servidores disponíveis e flexíveis, que por vezes acumulam funções) e, portanto, não abarcando em sua composição todos os profissionais de área de formação interdisciplinar, como outrora, haja vista que não se constitui obrigação legal disso.

Ou seja, a perda das especificidades da área de atuação dos profissionais que compõe a equipe de RP leva ao questionamento se há realmente intenção de reabilitar o segurado em sua integralidade, haja vista que as atribuições que antes eram específicas a cada profissional da equipe multidisciplinar existente, os quais tiveram formação especializada deixa de ocorrer. Exemplo disso é a atribuição de análise dos postos de trabalho, que competia ao terapeuta ocupacional e hoje é executada por qualquer profissional de nível superior denominado “orientador profissional” que atue na equipe.

A descaracterização da especificidade das ações profissionais no espaço sócio-ocupacional do INSS está intimamente relacionada com as transformações no mundo do trabalho na instituição do trabalhador polivalente.

Neste sentido, fica evidente que o serviço de Reabilitação Profissional é impactado no bojo das contrarreformas do Estado. Num contexto de crise em que passam a ser questionados os custos da força de trabalho — nos termos de CHESNAIS (1996), com a ascensão do capital financeiro se busca obter a máxima produtividade do trabalho — o mundo do trabalho está caracterizado pela destruição, precarização e eliminação dos postos de trabalho e pelo desemprego estrutural (ANTUNES, 2007; VALENCIA, 2009), sendo a flexibilização e polivalência do trabalho dos profissionais que atuam no INSS expressão disso.

Num cenário de mudanças no mundo do trabalho, modificam-se os vínculos empregatícios e se diluem as atribuições e competências específicas das profissões. A

exigência de um profissional polivalente traz tensionamentos às profissões em definirem suas especificidades, constituindo-se como desafios para os profissionais apreenderem a realidade de forma crítica, não reduzindo suas ações profissionais à mera manipulação de instrumentos e técnicas para responder de forma imediata às demandas dos usuários e também institucionais (RAMOS, 2007).

Portanto, inúmeras são as críticas ao Plano de Modernização que culminou com a criação do *Reabilita* — um subprograma da Perícia Médica, em vigência desde 2001, centrado na “agilização e na homologação da aptidão para o retorno ao trabalho” (TAKAHASHI, 2006, p.148), sendo que nos casos de trabalhadores demitidos ou sem possibilidades de retorno nas empresas de vínculo o “programa de reabilitação profissional é concluído apenas pela avaliação da aptidão” (*idem*), haja vista que não é obrigação da Previdência Social manter o segurado no mesmo emprego ou colocá-lo em outro para o qual foi reabilitado, conforme está expresso no Decreto nº. 3.048/ 1999, art. 140, parágrafo 1º ³².

Outra mudança ocorrida com o Reabilita foi a descentralização do atendimento para as Agências da Previdência Social (APS), alegando-se que melhoraria a prestação do serviço, na medida em que daria maior autonomia, assim como o segurado não precisaria se deslocar grande distância para cumprir o Programa de Reabilitação Profissional (PRP), pelo menos em tese. Porém, a descentralização ocorreu sem que as APS contassem com infra-estrutura para incorporar o serviço.

De fato, a descentralização do serviço de RP é importante para o atendimento do segurado, entretanto, esta veio concomitantemente à contrarreforma do Estado e, portanto, no bojo do desmantelamento dos serviços públicos e da implantação do modelo gerencial, o que implicou em não fornecimento de infra-estrutura, estrutura administrativa e logística e quadro de profissionais suficientes para atender o referido serviço. Objetivamente, isso acabou significando não haver real intenção para que a prestação do serviço de RP seja efetivada adequadamente.

Essa realidade de desmonte do serviço é encontrada na APS Continente/Florianópolis na execução da prestação do serviço de RP. Conforme os profissionais entrevistados apontaram ao serem indagados acerca das dificuldades encontradas no seu cotidiano, entre elas estão as estruturais, gerenciais, de logística, escassez de recursos humanos, deficiência na infra-estrutura técnica e administrativa,

³² Inclusive essas críticas foram de conhecimento da Divisão da RP do INSS, como sinalizou Cannalunga (s/d).

inclusive ambiente inadequado de trabalho, sendo citados problemas com salas com pouca iluminação e ventilação naturais — questões estas inerentes à instituição do modelo Reabilita, como já demonstramos, que ao propor a descentralização não forneceu os meios para que o serviço fosse efetivado apropriadamente. Acerca disso um profissional entrevistado por nós respondeu:

Em 2000 surge o “Reabilita” com a proposta de equipes de Reabilitação descentralizadas nas Agências da Previdência Social: atendimento do segurado no local de origem, articulação direta com a Perícia Médica. Na GEX Fpolis [Gerência Executiva de Florianópolis] formou-se algumas equipes, entre elas na APS Fpolis/ Continente onde atuei desde 2002 e reiniciei os aspectos positivos desta proposta. Porém, a falta de investimento em Recursos Humanos e espaço físico vem prejudicando a expansão da descentralização e inclusive a permanência das equipes já descentralizadas. Infelizmente na GEX Fpolis, as perspectivas apontam para o retorno ao trabalho centralizado – a UTRP – Unidade Técnica de Reabilitação Profissional atender a toda a demanda de Fpolis, São José, Biguaçu, Palhoça, Tijucas em único espaço físico.

Diante dos impasses gerados pelo Reabilita, esta atual realidade de execução das atividades de RP na Previdência Social foi alvo de críticas realizadas pelos profissionais do INSS, segurados, pessoas com deficiência, sindicatos e outros setores em espaços como os Fóruns Locais e Regionais de RP, inspirando, em parte, a elaboração da “Carta de São Paulo”, em 2003, por ocasião do Fórum Nacional de Reabilitação Profissional (MEDEIROS, 2012).

Na época, foram elaboradas propostas para reformulação do modelo Reabilita, as quais foram encaminhadas e apresentadas na Reunião Técnica Nacional de Reabilitação Profissional do INSS³³ em São Paulo, nos dias 8 a 12 de dezembro de 2003. “Desta reunião surgiram diversas propostas para o *aprimoramento do Plano de Modernização da Reabilitação Profissional no Brasil*” (INSS *apud* MAHAYRI, 2004).

A referida Carta foi utilizada para embasar a construção do *Projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional*, proposto pelo Ministério da Previdência Social (MPS) em 2008, com o Projeto Piloto sendo realizado em São Paulo (CANNALONGA, s/d).

Mas, a respeito da participação popular nos processos decisórios durante esse processo, a Assistente Social do INSS de Juiz de Fora pondera que

(...) a ausência de participação da sociedade no Fórum Nacional, imprimiu

³³ Uma das propostas diz respeito à criação de Unidades Técnicas de Reabilitação Profissional — UTRP, nas Gerências Executivas do INSS. Para maiores detalhes de sua estruturação, ver Scaranello (2006).

aos debates o caráter tecnicista e contribuiu para que as deliberações preservassem os traços conservadores e privatistas³⁴. As propostas mais progressistas foram blindadas por um Projeto de Revitalização que não chegou a sair do papel e postergou indefinidamente a efetivação de ações intersetoriais e interdisciplinares que pudessem contemplar os direitos dos trabalhadores e das pessoas com deficiência: prevalece até o momento presente a desresponsabilização do Estado e o descompromisso das empresas, não só no sentido de assegurar o reingresso dos trabalhadores e a contratação de pessoas com deficiência, como também em relação ao cumprimento das normas técnicas regulamentares de proteção à saúde e segurança no trabalho (MEDEIROS, 2012, p. 168-169).

Apesar da implementação ainda em curso do referido Projeto de “Revitalização”, ele não resolveu os principais problemas desde o desmonte dos CRPs/NRPs e da implantação dos “novos modelos” de Reabilitação Profissional inspirados no “modelo gerencial do Estado”: a diluição das especificidades das profissões na figura do “orientador profissional”³⁵ (questão essa que não é resolvida, mesmo com a contratação de novos servidores, pois as contratações apenas suprem o *déficit* do quadro de profissionais, mas não altera o modo de funcionamento da Reabilitação Profissional); o cumprimento de metas de atendimento; a delegação de atividades pertinentes ao processo de RP para terceiros (empresas e /ou outras instituições) como parceria público-privada; o atendimento do segurado de forma fragmentada e não em sua totalidade (considerando a necessidade apresentada pelo trabalhador *versus* Programa de RP instituído, que implica nos cursos/treinamentos oferecidos dentro do rol limitado de opções conforme disponibilizadas pelas empresas e/ou instituições parceiras ou de cooperação técnica); o cumprimento pró-forma do processo de RP; a lógica economicista de contenção de custos; entre outras.

E mais, ele continua no mesmo curso, sendo, ainda, enfatizados incentivos à realização de parcerias público-privadas para funcionar o agora denominado *Programa de Reabilitação Profissional*.

Não é à toa que estas questões são pouco explicitadas abertamente, nem se constituem como ordem do dia, pois são problemáticas que atendem às orientações atuais postas — inerentes às transformações societárias em curso (reestruturação produtiva, contrarreforma do Estado etc) — apenas propaladas ideologicamente como

³⁴ Um dos ideólogos da formulação de modelos de Reabilitação Profissional, Baldur Schubert, é defensor das parcerias público-privado. É representante da Organização Ibero-Americana de Seguridade Social (OISS).

³⁵ A diluição das equipes multiprofissionais e a inespecificidade profissional dos orientadores profissionais foram críticas já apresentadas desde a instituição do modelo Reabilita por Maeno, Takahashi e Iguti *apud* DALDON, M.T.B et.al. (2010, p.17).

“necessárias para melhoria dos serviços prestados”, no caso, da Reabilitação Profissional.

Como se pode constatar, as preocupações elencadas acima não perpassam entre os problemas apresentados por Leila Silva Cannalonga — até então chefe de Divisão da Reabilitação Profissional do INSS — para efetivação do referido Projeto de Revitalização, os quais se resumem a:

Ainda faltam técnicos para a realização dos atendimentos, capacitações para embasar o trabalho técnico, mecanismos de proteção que assegurem aos nossos segurados o direito de ir e vir para os cursos e treinamentos, como transporte acessível, e ainda tecnologias que tornem os cursos acessíveis, como adaptações nos locais onde eles são promovidos, com mecanismos de acessibilidade (rampas, elevadores, banheiros adaptados, entre outros) (CANNALONGA, s/d).

Obviamente, essas questões colocadas também são importantes serem superadas, a exemplo do impacto que o *déficit* de profissionais causa no cotidiano dos servidores previdenciários que atuam na RP:

Resulta daí uma sobrecarga de trabalho imposta aos quadros remanescentes, a despeito de sua capacitação, o que configura a precarização das condições de trabalho a que são submetidos os servidores, agora regidos pelas regras gerencialistas que subordina as práticas profissionais ao estatuto da polivalência e valoração do desempenho, através das gratificações, segundo a capacidade de cumprimento de metas, em prejuízo do atendimento qualificado (MEDEIROS, 2012, p.168).

Entretanto, deve-se se pautar para além disso para o pleno funcionamento de um serviço de Reabilitação Profissional que atenda em prol das necessidades e interesses da classe trabalhadora.

Porém, atualmente, o que continua predominando, sob o argumento da eficiência e eficácia, “é a precariedade do serviço imposta aos servidores responsáveis pela orientação do programa profissional e aos segurados reabilitandos, mediante a desresponsabilização do Estado” (MEDEIROS, 2012, p.169), como já demonstrado anteriormente. Neste viés, a preocupação de Takahashi e Iguti (2008) é elucidativa quanto à forma que tem sido realizadas as mudanças no interior da Previdência Social:

as mudanças apresentadas como *medidas meramente organizativas e gerenciais afetaram profundamente o conteúdo e a oferta os serviços de reabilitação profissional*: o desmantelamento do modelo tradicional de atenção em equipes multiprofissionais, reconhecido internacionalmente como o mais adequado para a intervenção com pessoas com incapacidades, a supressão total das atividades terapêuticas e de profissionalização e a subutilização da capacidade técnica de assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, homogeneizados pela figura do orientador profissional.(TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p. 2668, grifos nossos).

A seguir, abordaremos mais minuciosamente acerca do funcionamento da Reabilitação Profissional nos dias de hoje e sua normatização estabelecida pela Resolução nº. 160/PRES/INSS, de 17 de outubro de 2011 que aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional — Módulo I, utilizado como parâmetro para atuação no serviço prestado nas unidades de Previdência Social.

3.2 O FUNCIONAMENTO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS) NA ATUALIDADE: LIMITES E DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO

3.2.1 Caracterização do serviço de Reabilitação Profissional

O processo de habilitação e reabilitação profissional compreende *quatro funções básicas*, como consta no Decreto nº. 3.048 /1999 (alterado pelo Decreto nº. 4.729/2003) e no Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional — Módulo I: a) a avaliação do potencial laborativo, com vistas à definição da real capacidade de retorno de segurados ao trabalho (...) b) a orientação e acompanhamento do programa profissional c) a articulação com a comunidade para parcerias, convênios e outros, com vistas ao reingresso do segurado no mercado de trabalho, todavia, não caracterizando obrigatoriedade por parte do INSS a sua efetiva inserção, conforme § 1º., art. 140 do Decreto citado ; e d) a pesquisa da fixação no mercado de trabalho.

Quanto aos usuários encaminhados à Reabilitação Profissional, segundo a Resolução nº. 118/INSS/PRES de 4 de novembro de 2010, são definidos por aqueles de caráter obrigatório, sendo o encaminhamento feito pela Perícia Médica, tais como: a) o segurado em gozo de auxílio-doença, acidentário ou previdenciário; b) o segurado sem carência para auxílio-doença previdenciário, portador de incapacidade; c) o segurado em gozo de aposentadoria por invalidez; d) o segurado em gozo de aposentadoria

especial, por tempo de contribuição ou idade que, em atividade laborativa, tenha reduzido a sua capacidade funcional, em decorrência de doença ou acidente de qualquer natureza ou causa, assim como aqueles de caráter não obrigatório, como: o dependente do segurado, o qual será atendido de acordo com as possibilidades administrativas, técnicas, financeiras e as condições locais do órgão; e as pessoas com deficiência quando houver previamente celebração de Convênio de Cooperação Técnico-financeira firmado entre o INSS e as instituições e associações de pessoas com deficiência. Além desses usuários, também são atendidos os segurados em benefício judicial encaminhados pela Justiça Federal / Estadual para avaliação ou cumprimento de programa profissional, obedecendo à sentença ou acordo firmado pela Procuradoria Federal Especializada junto ao INSS (BRASIL, 2011 a).

3.2.2 Estrutura de funcionamento da Reabilitação Profissional no INSS

Para compreendermos melhor o funcionamento da Reabilitação Profissional (RP) no INSS é necessário conhecer sua estrutura, à qual faremos alusão a seguir³⁶.

Cabe à Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional (DGARP), vinculada à Coordenação Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais (CGPASS) e à Coordenação de Reabilitação Profissional (CREABP) da Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) o planejamento, normatização, acompanhamento e consolidação de metas físicas, orçamentárias e estatísticas, bem como a orientação e supervisão técnica dos profissionais da área (BRASIL, 2011 a). Essa estrutura da Reabilitação Profissional na DIRSAT é ilustrada a seguir:

³⁶ Para maiores detalhes acerca da estrutura organizacional do INSS e suas competências, inclusive no que diz respeito à Reabilitação Profissional, conferir o Decreto nº. 6.934/2009, que teve como marco a criação da Diretoria de Saúde do Trabalhador e a mudança na denominação das Gerências Regionais para Superintendências Regionais. Ver também o Decreto nº. 7.556/2011, que revoga o Decreto supracitado.

Imagem 1: Reabilitação Profissional na DIRSAT



Fonte da ilustração: Guedes (2012, slide 5).

Compete às Gerências Executivas (GEX) se estruturarem para a prestação do serviço de Reabilitação Profissional, sendo responsabilidade do Serviço/Seção de Saúde do Trabalhador (SST) a supervisão e o acompanhamento das ações do referido serviço. É a chefia do SST que solicita ao Gerente-Executivo a designação de um Responsável Técnico da Reabilitação Profissional (servidor de nível superior de área afim da RP), o qual junto com a Equipe de Reabilitação Profissional nas Agências da Previdência Social (ERPAPS) — constituída por Peritos Médicos do INSS e Analistas do Seguro Social com formação nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Sociologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e outras áreas afins à RP e os servidores administrativos (denominados Técnicos do Seguro Social) — compõe o quadro de profissionais que atuam no serviço de RP³⁷. Essa estrutura da Reabilitação Profissional nas GEX / APS (Agência da Previdência Social) segue abaixo:

³⁷ Foi feita alusão a essa composição da equipe anteriormente, mas a retomamos com intuito de situá-la melhor na estrutura organizacional.

Imagem 2: Reabilitação Profissional nas GEX / APS (Gerência Executiva / Agência da Previdência Social)



Fonte da ilustração: Guedes (2012, slide 6).

No que diz respeito às equipes de atendimento da Reabilitação Profissional, além da ERPAPS houve a criação das Equipes Volantes, cujo atendimento implica no deslocamento da equipe de RP para outras APS que não possuem o mencionado serviço, sendo esta composta pelos “responsáveis pela orientação profissional” e peritos médicos do INSS da APS onde o serviço será prestado caso os tenha, senão este será designado pelo chefe do SST.

Basicamente, as atribuições da equipe de Reabilitação Profissional e Equipes Volantes nas APS são: realizar a avaliação do segurado, verificando seu potencial laborativo; planejar; conduzir e finalizar o Programa de Reabilitação Profissional (PRP) (BRASIL,2011), sobre o qual nos deteremos adiante. Para tanto, remeteremo-nos sinteticamente às atribuições e rotina de atendimento pelo responsável pela orientação profissional e dos peritos médicos.

Primeiramente, o fluxo de atendimento da Reabilitação Profissional na APS se inicia com o atendimento do segurado pela Perícia Médica, que fará a Avaliação do Potencial Laborativo deste. Em seguida, o Responsável pela Orientação Profissional realiza a avaliação dos aspectos socioprofissionais do segurado e, posteriormente, ambos se reúnem para a Avaliação Conjunta com vistas a definir se o segurado é ou não elegível para o Programa de Reabilitação Profissional. Por fim, é definido o Parecer

Técnico Conclusivo. Quando elegível, o segurado deverá *obrigatoriamente* participar da reunião do Grupo Informativo (GI) para ser orientado acerca do processo de RP³⁸.

O desenvolvimento do programa profissional ocorre a partir da definição do vínculo do segurado, ou seja, se o *segurado possui vínculo empregatício* o Responsável pela Orientação Profissional contatará a empresa/instituição de vínculo com vistas ao retorno do segurado para a mesma função que desempenhava e se não for possível busca-se uma nova função/atividade compatível considerando as limitações / restrições do mesmo³⁹. Já nos casos em que o *segurado não possui vínculo empregatício* e aqueles em que *não há função compatível na empresa* ou há *impossibilidade de readaptação profissional nesta*, é realizado o encaminhamento destes para capacitação mediante cursos/treinamentos na comunidade.

Para ser cumprido o PRP, o INSS pode firmar parcerias, convênios e acordos de cooperação técnica, bem como é de sua responsabilidade fornecer ao segurado recursos materiais para o cumprimento do processo de reabilitação profissional, que inclui órteses/próteses, pagamentos das taxas de inscrição e mensalidades dos cursos oferecidos, implementos profissionais e instrumentos de trabalho (materiais imprescindíveis para o desenvolvimento da formação/treinamento profissional e ao exercício de atividade laborativa) e auxílio-transporte e alimentação.

Ao término do programa profissional é emitido pelo INSS o Certificado de Reabilitação Profissional (conforme art.92 da Lei nº. 8.213/1991 e art.140 do Decreto nº. 3.048/1999)⁴⁰ contendo o período de cumprimento deste e especificação do curso/treinamento realizado, assim como é explicitado para qual função o segurado foi considerado apto.

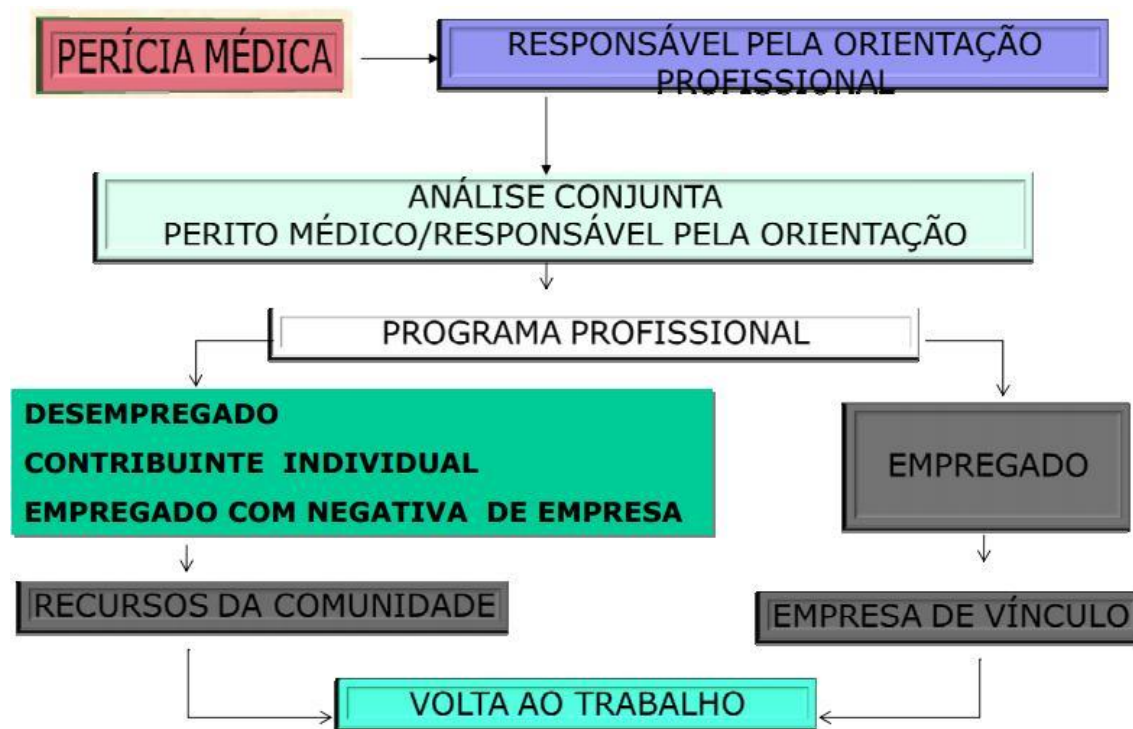
Esquemáticamente, o fluxo de atendimento atual do serviço de Reabilitação Profissional pode ser visualizado a seguir:

³⁸ O cumprimento do PRP, por ser de caráter obrigatório, condiciona o recebimento do benefício e, caso não seja cumprido pelo segurado este é cessado. Cabe ressaltar que, muitas vezes, o benefício é a única fonte de renda do segurado para sustento próprio e familiar.

³⁹ A rotina mais detalhada acerca de como proceder em situações específicas, tais como: quando a função proposta pela empresa é considerada compatível; incompatível; caso a empresa não responda e caso a empresa negue a readaptação, bem como aonde é realizada a capacitação em cada uma dessas situações não será explicitada na presente dissertação, pois pode ser encontrada para melhor compreensão no “Manual técnico de procedimentos da área de Reabilitação Profissional” (BRASIL, 2011 a).

⁴⁰ Este certificado permite ao segurado concorrer à reserva de vagas, conforme art. 93 da Lei nº. 8.213/1991 e art. 141 do Decreto 3.048/1999, art. 141. Abordaremos essa questão mais para frente.

Imagem 3: Reabilitação Profissional



Fonte da ilustração: SILVA (2010, slide 7).

Na particularidade de Florianópolis, a Unidade Técnica de Reabilitação Profissional da APS Florianópolis/Continente é composta por um Responsável Técnico, dois Peritos Médicos, oito Orientadores Profissionais e quatro servidores administrativos, atendendo a região de Florianópolis, São José, Biguaçu, Palhoça e Tijucas.

De acordo com os dados obtidos em entrevista com os profissionais, em 2011, contabilizou-se 41,21 % de segurados desligados do PRP para retorno ao mercado de trabalho. Não tivemos mais dados em relação a esse ano, pois ele só seria disponibilizado após o encerramento da pesquisa de fixação que ocorreria em dezembro/2012. Mas, quanto ao ano de 2010 houve 59,55 % de segurados desligados para retorno ao mercado de trabalho. E, conforme Pesquisa de Fixação encerrada em dezembro de 2011, 49,03 % dos segurados encontravam-se reinseridos no mercado de trabalho, a maioria na condição de empregado (44,40%) e os outros na condição de autônomo / contribuinte individual (4,63%). Neste percentual se contabiliza o retorno às empresas de vínculo que receberam seus empregados respeitando sua capacidade

laboral e a ocupação das vagas para beneficiários reabilitados conforme a Lei nº. 8213/91 art. 93 (vulgo Lei de Cotas).

No que diz respeito ao funcionamento do serviço de RP, a partir das respostas dos profissionais entrevistados, afere-se que os profissionais nos meandros e limítrofes da instituição previdenciária e das normativas pré-determinadas do referido serviço tem desempenhado e cumprido a programática estabelecida pelo INSS, como pode ser verificado nas respostas dos profissionais entrevistados (quando questionados acerca das suas atribuições determinadas pela Previdência Social) transcritas abaixo:

Entrevistado A

Os profissionais desempenham suas atribuições em equipe. O segurado é encaminhado pela perícia médica e, após definição de sua limitação x potencial laboral, equipe define programa de execução. Havendo vínculo, a empresa será trabalhada com vista ao retorno em local adequado segundo o potencial laboral residual (são efetivadas contatos, visitas domiciliares, análise de posto, treinamento, requalificação). Em caso de desempregados, ou não havendo viabilidade de retorno a sua empresa, será trabalhado a comunidade ou providenciado capacitação para futura reinserção no mercado formal, às custas do INSS ou através de parcerias.

Entrevistado B

Atribuições dos responsáveis pela Orientação Profissional: avaliar o segurado verificando seu potencial laborativo e registrar em formulário próprio, realizar avaliação conjunta com o perito médico e segurado definindo as perspectivas para o Programa de RP, planejar o PRP, alimentar os sistemas, contatos com empresas de vínculo para estudo dos postos de trabalho e definição de função à readaptação, prescrever recursos necessários ao PRP, levantamento de funções compatíveis com o potencial laboral do segurado sem vínculo empregatício, atendimentos subsequentes ao segurado, elaborar junto com o perito médico parecer técnico conclusivo do PRP realizado com o segurado, registrar todos os dados dos atendimentos realizados em prontuário, elaborar documentação diversa como ofício, certificados, encaminhamentos, *realizar estudo de mercado de trabalho para segurados que vão se estabelecer como contribuinte individual ou microempresário*, reuniões com empresa para divulgação do trabalho, estudo de readaptação, acompanhar treinamento ou curso, visitas domiciliares, entrevistas com o segurado pós desligamento da Reabilitação - pesquisa de fixação no mercado de trabalho.⁴¹

Entrevistado C

Atribuições do cargo: efetuar levantamento de dados socioprofissionais do segurado, discutir em equipe inserção no PRP. A partir da capacidade

⁴¹ Grifos nossos.

laborativa do segurado, definida pelo médico perito, efetuar visitas a empresas e domiciliares para aprofundar conhecimento das tarefas executadas e da condição social do segurado, levantar possibilidades de capacitação com cursos e treinamentos na comunidade e encaminhá-los para retorno ao trabalho na empresa de vínculo, profissionalização ou autocolocação após a discussão em equipe das potencialidades e possibilidades e elaborar os relatórios referentes às etapas do processo, efetuar o acompanhamento dos segurados que voltam ao trabalho após 6 meses e 12 meses para conhecer o resultado do trabalho.

Entrevistado D

Atribuições do cargo.

A partir dessas respostas e do exposto referente à forma que tem funcionado o serviço de RP na atualidade em nível nacional (realidade essa também encontrada na realidade local da Grande Florianópolis), identifica-se que a alternativa que se tem como inerente ao serviço de RP para propiciar o retorno do usuário às atividades laborais quando estes não possuem vínculo empregatício ou quando a empresa/instituição de origem não fornece possibilidade de retorno do trabalhador (seja no mesmo cargo ou em um novo cargo), assim como para lidar com trabalhadores demitidos, se dá mediante cursos de qualificação profissional, e, inclusive, quando necessário, é ofertado curso de elevação no nível de escolaridade. Assim como ocorre nacionalmente, o rol de cursos é limitado dentre aqueles em que a instituição possui parceria/convênio firmado.

Neste sentido, inquieta-nos como é naturalizada a problemática da qualificação profissional como solucionadora do desemprego, o que remete à responsabilização do trabalhador para a obtenção ou se manter em postos de trabalho. Por um lado, obviamente que reabilitar implica em fornecer meios de superação da incapacidade temporária ou permanente do trabalhador para o desenvolvimento das atividades da vida diária e, inclusive, sendo cogitada uma nova profissão quando não se é possível continuar no mesmo ramo em razão do adoecimento/acidente laboral, mas nos moldes que tem sido realizados e fornecidos cursos/treinamentos pela RP pró-forma questiona-se a que interesse e necessidades realmente esse serviço atende.

A título de exemplo, atendemos um senhor com 57 anos que era motorista e teve suas pernas amputadas num acidente laboral. A empresa de vínculo era uma transportadora terceirizada não havendo possibilidade de retorno a outra função. Ao recorrer ao INSS e ser encaminhado e atendido pela RP, este deveria escolher entre o rol

dos cursos à disposição que seriam “adequados às suas limitações/restrições físicas” qual gostaria de participar (sendo que nenhum o interessava, alegando inclusive que não tinha aptidão para tal) e ao concluir o mesmo seria desligado da RP, recebendo o certificado de conclusão do processo de RP que consta para qual função a pessoa foi “reabilitada”, cessando o recebimento do benefício e agora cabendo a ele depois disso buscar emprego.

Assim como esta, há diversas outras situações assim recorrentes, inclusive que ocorrem com trabalhadores de nível superior. Sendo assim, essas questões demonstram a forma de atenção à saúde dos trabalhadores que tem sido dado no âmbito do Estado, tanto no seu reparo *post-factum*, quanto ao não se por em xeque o porquê de tantos agravos que acometem os trabalhadores. Tudo indica que se tem a ideia que qualificação profissional (mediante cursos/treinamentos) é sinônimo de empregabilidade, o que é uma inverdade se formos retornar na análise de como se configura o mundo do trabalho no século XXI.

Na mesma direção que colocamos, a pesquisadora Bernardo é enfática ao dizer que

Considerando o modo como são feitos a seleção dos cursos e o treinamento, pode-se dizer não haver intenção real de reabilitação no Programa. Parece que a exigência é cumprida pró-forma, sem que se avaliem as conseqüências para o trabalhador. Nas duas situações de treinamento, no INSS ou na empresa, a reabilitação profissional significa mais uma ilusão de que algo esteja sendo feito. (...) Ao que tudo indica, a reabilitação profissional representa apenas um elemento a mais imposto pela lógica previdenciária para atingir o objetivo de redução de custos pela concessão de benefícios. Parece estar ainda em operação sobre os Programas de Reabilitação Profissional o efeito do desmonte dos sistemas de proteção social ocorrido desde a década 1990, no país (...). (BERNARDO, 2006, p.53-54)

De fato, a lógica do INSS de contenção de gastos tem sido imperativa e está, nos dias de hoje, no cerne das preocupações do Estado em relação aos rumos e objetivos traçados a serem alcançados, como pode-se verificar a seguir:

(...) a reabilitação profissional, durante muito tempo, foi relegada ao segundo plano por desconhecimento da Casa e do próprio segurado, mas que com a nova proposta foi ressaltada a sua importância e obrigatoriedade (...) [se]Apresentou o impacto econômico da Reabilitação Profissional no ano de 2003, informando que 14.909 segurados retornaram ao trabalho; que, considerando o valor médio do benefício, de R\$416,16, o valor total que foi pago pelo INSS durante treze meses, acrescidos do décimo terceiro salário, seria de R\$80.658.882,72; que, com o retorno desses contribuintes ao

trabalho, pagando uma contribuição 275 de cerca de R\$104,00, arrecadou-se o total de R\$20.164.720,78, totalizando, portanto, a diminuição das despesas e o retorno da contribuição em R\$100.823.603,40, dos quais, subtraindo-se as despesas com a Reabilitação profissional, correspondentes a R\$3.510.297,66, haveria como resultado líquido o valor de R\$97.313.305,74 em recursos que o INSS *teria deixado de gastar*. Quanto ao impacto econômico da Reabilitação Profissional no ano de 2004, informou que, apesar da greve dos funcionários do INSS em 2003 e do contingenciamento de verbas da área, *ainda houve uma significativa economia para o INSS*, com o retorno de 14.912 profissionais ao trabalho (CONSELHO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2005, p.251-283, grifos nossos).

Ou seja, o serviço de RP constitui-se como mecanismo rentável para o INSS, haja vista que por um lado, possibilita o não recebimento de benefícios pelo usuário com este sendo desligado do PRP (lembrando que quando o segurado é desligado do PRP pró-forma, imediatamente cessa o benefício), e por outro, visa propiciar a arrecadação, a medida que o segurado retorne ao mercado de trabalho e volte a ser contribuinte. Com isso, se economiza gastos com o segurado e aumenta o montante de dinheiro do INSS que passa a entesourá-lo.

Esse “ciclo” podemos chamar de “entesouramento ilegal do INSS”, que embora não o seja juridicamente, o INSS cada vez mais vai se afastando de sua finalidade precípua de proteção social (e seguro social) ao trabalhador. Ou ainda, seria pertinente o uso do termo “lesionar o trabalhador lesionado”, pois este contribui com o INSS e quando vai requerer benefícios encontra entraves para recebimento, passando pela “via crucis” de atendimento desde o momento que chega na perícia, passando pelo “jogo de empurra” entre empresa e INSS até o momento de ser desligado, cessando-lhe o benefício.

Segundo Takahashi e Iguti,

As práticas atuais de “reabilitação” estão distanciadas da finalidade institucional de proteção social dos trabalhadores e objetivam a regulação econômica do sistema pela contenção de despesas com benefícios. Os segurados acidentados e adoecidos do trabalho estão desassistidos de reabilitação profissional, o que aumenta a sua desvantagem social por ocasião do retorno ao trabalho (TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p. 2669).

Para Melo *apud* Bernardo (2006, p. 32-33),

Essa lógica acompanha as políticas específicas de afastamento e de reabilitação profissional dirigidas para a cessação dos benefícios e minimização do número de aposentadorias por incapacidade laborativa. O

objetivo é que o segurado não onere a Previdência Social e volte a contribuir para o seguro, que deixe “de ser um ‘indivíduo-consumo’ e passe a ser um ‘indivíduo-rendimento’”.

Portanto, embora nas respostas dadas pelos profissionais entrevistados na pesquisa se negue que a política previdenciária é voltada para a redução de concessão de benefícios objetivando a redução de custos, os dados trazidos acima provam o contrário.

Pode-se identificar, ainda, nas falas dos profissionais entrevistados, que a lógica institucional é enraizada e reproduzida por eles. Foi recorrente atrelarem a importância da RP para o usuário como meio de “direito a cidadania e resgate da dignidade pelo retorno ao exercício profissional”, num explícito ideário de ser “por meio do trabalho que se dignifica o homem”. Assim como se colocou que a RP permite o “retorno do segurado a contribuir com a Previdência Social” e também ele “é importante na medida em que cumpre sua dupla dimensão: a produção econômica e a proteção social⁴². Reabilitar profissionalmente não significa apenas preparar pessoas para voltarem ao mercado de trabalho. Preparar profissionalmente significa integrar o homem na vida da comunidade, resgatando sua cidadania⁴³”.

Além disso, no bojo da lógica economicista cabe pontuar que entre as práticas cotidianas dos profissionais que atuam no serviço de RP está a realização da chamada “Pesquisa de Fixação no Mercado de Trabalho” (como vimos anteriormente) — o qual tem por finalidade aferir o número de segurados concluintes do processo de RP que exercem atividade laboral novamente — e a alimentação dos dados do Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional (BERP), constando desde o número de segurados registrados ao número de concluintes. Ambos são utilizados como mecanismos que contribuem para se verificar a efetividade do serviço de RP, o que sem dúvidas é fundamental.

Mas, é importante salientar o que se apresenta para além da finalidade desses e do mecanismo utilizado para conferir a qualidade do serviço prestado, o qual avalia a atuação dos profissionais (denominado QUALITEC): por meio dos dois primeiros citados é possível se ter elementos estatísticos para relacionar o número de segurados que requereram benefícios/número de afastados das atividades laborais e número de concluintes e aposentadorias por invalidez, e, pelo último, é possível se avaliar se a atuação dos profissionais tem “cumprido à programática”.

⁴² Grifos nossos.

⁴³ Grifos nossos.

O que tudo indica que há uma responsabilização do profissional quanto ao “êxito” dos serviços previdenciários, tanto de RP quanto de Perícia Médica. O que implica, na prática, inclusive em penalização do profissional (principalmente, no caso dos peritos médicos que são mandados para capacitações para “reciclagem das suas ações”, conforme nos foi explicado por médicos peritos chefes da Divisão entrevistados em municípios da grande São Paulo ao decorrer da pesquisa) caso haja um número de concessão de benefícios (entre eles, a aposentadoria por invalidez) maior que o número das chamadas “altas”.

Esta é uma preocupação em voga nos dias de hoje por parte do Estado, como se pode verificar na notícia do jornal O Globo, sob a responsabilidade das jornalistas Doca e Bonfanti, intitulada “Governo quer reduzir benefícios em casos de aposentadoria por invalidez: meta é ter economia de R\$ 25 bilhões por ano com reabilitação de trabalhadores”:

BRASÍLIA — O governo quer reduzir as despesas com aposentadorias por invalidez e estuda fixar uma meta de corte de 40% na quantidade de benefícios até 2019. Para alcançar essa meta, está elaborando um plano de reabilitação dos segurados, tanto do ponto de vista da saúde quanto da profissão, que permita a reinserção dos profissionais no mercado de trabalho. De acordo com estimativas da Previdência, a medida levará a uma economia de R\$ 25 bilhões por ano, quando todo o sistema estiver funcionando. (...) Dados da Previdência mostram que o gasto com trabalhadores afastados definitivamente do serviço em função de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais mais que quadruplicaram entre 2002 e 2011, de R\$ 8,2 bilhões para R\$ 34,8 bilhões. As concessões de aposentadorias subiram quase 30%, de 2,4 milhões para 3,1 milhões, no mesmo período. E as despesas com auxílio-doença aumentaram de R\$ 5,4 bilhões em 2002 para R\$ 18,1 bilhões em 2011 (O GLOBO, 2012, online).

E, ainda,

Um grupo de trabalho formado pelos Ministérios da Previdência, Saúde, Planejamento e Trabalho tem até 10 de janeiro para concluir o projeto, que será apresentado à presidente Dilma Rousseff. Na prática, a proposta é fazer uma triagem no universo dos aposentados por invalidez para verificar a possibilidade de reabilitação, com doação de próteses, por exemplo, e encaminhamento a curso de qualificação e treinamento para inserção no mercado. (...) “Todos ganham com política de reabilitação” Quem der entrada a pedido de auxílio-doença também será reavaliado dentro da perspectiva de troca de função, caso a previsão seja de afastamento prolongado. A proposta prevê integração dos ministérios com o setor privado, via sistema “S”, e a inclusão do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), que reserva 5% das vagas para deficientes (O GLOBO, 2012, online).

Mas, novamente pode-se verificar o maior propósito da preocupação estatal com a RP:

segundo o secretário de Previdência Social, Leonardo Rolim, há disposição de *pôr em prática uma política de reabilitação e de fazer controle mais rigoroso dos benefícios*. — Estamos trabalhando numa proposta concreta para *reabilitar os trabalhadores e reduzir os gastos com aposentadoria por invalidez*. Segundo ele, as aposentadorias por invalidez no Brasil representam 18% do total de afastamentos definitivos pagos pelo INSS, e a ideia é reduzir essa proporção para 10%, patamar semelhante ao de países que executam políticas de reabilitação, como Espanha e Holanda (O GLOBO, 2012, online, grifos nossos).

Diante do exposto, pode-se inferir que, sob alegação do aumento de gastos com adoecidos e acidentados do trabalho, a solução encontrada pela Previdência é cortar os gastos com benefícios, não se colocando em pauta se acionar os responsáveis pela geração dos mesmos —, sendo que, como já demonstrado durante o presente texto, o que leva o trabalhador a requerer benefícios e à necessidade de se reabilitar física e profissionalmente é o seu acometimento por doença e/ou acidente do trabalho que se dá no âmbito do desenvolvimento das atividades laborais nas empresas/instituições.

E mais, é preciso que se questione a raiz do aumento no número do contingente de trabalhadores que sofrem agravo à sua saúde. Ao invés de se colocar o aumento de gastos como justificativa para contenção de custos e para negação dos direitos sociais, deveria se buscar enfrentar os fatores que geram esses gastos, ou seja, não adianta apenas reduzir os benefícios/serviços previdenciários (deixando muitos descobertos de proteção social e acometidos pelos agravos, na direção da “política mínima pro social”) e as pessoas continuarem adoecendo / se acidentando de forma alarmante. Nesse sentido, a preocupação maior deveria ser a saúde do trabalhador de fato.

Ao mesmo tempo, é mister que o Estado se atente para efetivar um aumento no número de postos de trabalhos, mas atrelado com salários para além do “mínimo” e vínculos empregatícios estáveis — o que vai na contramão do que ocorre hoje (só se reduz postos de trabalho ou quando se aumenta é de forma precarizada). Além disso, espera-se que o Estado possibilite as condições necessárias para que o trabalhador, caso haja possibilidade de retorno ao trabalho, o realize em condições condizentes com o que permite seu quadro de saúde.

Ainda no tocante ao funcionamento da RP, hoje a lógica se inverte: antes se aposentava o trabalhador quando não se tinha meios para que ele retornasse às

atividades laborais (esses meios implicam condições físicas, psíquicas, mas também a adaptação do meio às necessidades dos trabalhadores que apresentavam incapacidades temporárias e/ou permanentes e pessoas com deficiência e também perspectiva de empregabilidade). Cabendo ressaltar que, no caso da aposentadoria por invalidez, era prevista sua revisão a cada 2 anos para averiguar se haveria possibilidade da pessoa retornar a desempenhar atividades laborais, levando-se em conta os meios existentes para superação da incapacidade / restrição.

Já hoje, embora a avaliação da capacidade laboral seja realizada em equipe, em que se unificam avaliação da perícia médica e o estudo no âmbito socioprofissional e socioeconômico pelos orientadores profissionais, a orientação interna é clara: primazia das ações para que o segurado conclua o processo de RP (mesmo que pró-forma) e retorne (se conseguir) às atividades laborais, a qual se dá por meio da “autocolocação” para aqueles que não possuíam vínculo formal ou não teria como retornar para a instituição/empresa de origem.

Diante disso, é preciso trazer à tona que, mesmo que a RP superasse problemas estruturais que são inerentes à forma que tem funcionado hoje, ela sozinha não tem como resolver os problemas que são causados inerentes e diante de como se configura o mundo do trabalho atual. E, menos ainda, os problemas estruturais do modo de produção capitalista que se agravam com as transformações societárias ocorrida num cenário de mundialização do capital.

Portanto, embora a Reabilitação direcionada à lógica de contenção de custos seja histórica na Previdência, nos dias de hoje constitui-se num processo mais intensificado dada a conjuntura de transformações societárias com mudanças no mundo do trabalho e não mais uma época de “pleno emprego”.

Ao invés de reabilitar o trabalhador considerando-o a realidade vivida em sua totalidade (múltiplas determinações) impera a lógica de contenção de gastos, sendo o serviço de Reabilitação Profissional a “válvula de escape” que possibilita a saída do segurado da Previdência Social para não percepção de benefícios do INSS. O conflito entre empresas / instituições e INSS configurado num “jogo de empurra” da responsabilidade pelo pagamento do trabalhador quando este se encontra adoecido e/ou acidentado é uma constante. Os entraves enfrentados pelo trabalhador (contribuinte com o INSS e/ou aquele que possui qualidade de segurado⁴⁴) para recebimento de benefícios

⁴⁴ Há situações que o segurado fica sem contribuir e tem direito a benefícios previdenciários enquanto mantiver a qualidade de segurado, tais como: “sem limite de prazo, quem estiver recebendo benefício; até

previdenciários envolvem desde o reconhecimento da doença ocupacional / acidente ao cumprimento de condicionalidades do serviço de Reabilitação Profissional (tais como: freqüentar cursos não condizentes com suas aptidões e funcionalidades, além de não serem garantia de retorno a um posto de trabalho) até ao referido “jogo de empurra”, sendo que o ônus do adoecimento e/ou acidente recai sobre o trabalhador (inclusive ficando sem meios de prover seu sustento e de sua família nesse período).

No que diz respeito à realidade local da APS Florianópolis / Continente, foi apontado entre as dificuldades para o funcionamento do processo de RP, por um dos entrevistados o seguinte:

os obstáculos causados pelo funcionamento do nosso sistema de saúde e de educação foi maior do que o esperado: por exemplo: segurados com lesões permanentes resultantes de mau atendimento ou longa espera para diagnóstico pelo SUS e a baixa qualidade do ensino formal. Além disso, a falta de estrutura e disponibilidade de empresas para receber de volta os reabilitados também dificulta nosso trabalho.

Esta questão é preocupante, na medida em que o trabalhador que consegue retornar ao posto de trabalho no qual ocorreu o agravo, na maioria das vezes não tem acompanhamento da sua reinserção na empresa/instituição (que muitas vezes não tem programa de acompanhamento e de reinserção do trabalhador acometido por doenças/acidentes de trabalho) articulada com o INSS. Para Maeno *et. al.* (2009, p. 56),

(...) Essa prática, comum em todo o país, leva à existência de cidadãos de segunda classe dentro das empresas, constituída por adoecidos e “reabilitados”, que em um contexto de exigência de metas e produtividade, não considera as diferenças entre as pessoas, igulando-as no tocante às demandas de desempenho, o que abre possibilidades para o desenrolar de situações de humilhações e assédio moral (MAENO *et. al.*, 2009, p. 56).

Acerca deste ponto apontado por Maeno, a médica do trabalho Barreto (2006) vai aprofundar na sua dissertação e comprovar a existência de humilhações e assédio moral a estes trabalhadores. Ao retomarem o exercício de suas atividades laborais são

12 meses após cessar o benefício por incapacidade ou o pagamento das contribuições mensais — e pode ser prorrogado para até 24 meses, se o trabalhador já tiver pago mais de 120 contribuições mensais sem interrupção que acarrete perda da qualidade de segurado e para o trabalhador desempregado, os prazos anteriores serão acrescidos de mais 12 meses, desde que comprovada a situação por registro no Ministério do Trabalho e Emprego; até 12 meses após cessar a segregação, para o segurado acometido de doença de segregação compulsória; até 12 meses após o livramento, para o segurado preso; até três meses após o licenciamento, para o segurado incorporado às Forças Armadas; até seis meses após interrompido o pagamento, para o segurado facultativo” (PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2012).

colocados num setor mais isolado ou em função inferior (e com salário mais baixo) que é pejorativamente conhecido como “setor do INPS”.

Além disso, a mesma pesquisadora aponta que é comum a demissão do trabalhador adoecido/acidentado após o prazo legal da legislação trabalhista (de 1 ano), sendo este trabalhador tido como alvo prioritário para “enxugamento da empresa”. Desse modo, deve-se levar em consideração que como não se constitui responsabilidade da Previdência Social a recolocação e manutenção de seu usuário em postos de trabalho é preciso fazer um estudo mais minucioso da sua eficácia e efetividade (a quem ela tem atendido?) a partir da análise de como tem se dado o funcionamento do serviço de RP e nos moldes do cumprimento do programa por ela estabelecido para o usuário.

Nesse sentido, novamente é explicitada esta contradição: o adoecimento/acidente se dá na empresa até a exaustão da capacidade física e mental do trabalhador, mas quando isso ocorre ele é demitido e isso dificulta encontrar novo emprego (não passa no exame admissional, além de ter a “carteira suja” que indica adoecimento/acidente de trabalho como causa).

Dois pontos chave nesse sentido devem se evidenciar: 1) em relação à dificuldade encontrada pelo usuário da RP para retornar às atividades laborais em tempos de mundialização do capital; e 2) o qual diz respeito às possibilidades do retorno do trabalhador reabilitado às atividades laborais.

Quanto ao primeiro ponto, este necessitaria de um maior aprofundamento dos estudos em relação à ótica dos usuários que cumprem o processo de RP confrontados com os dados institucionais levantados pela “Pesquisa de fixação no mercado de trabalho” que o serviço de RP realiza, o que implicaria tanto em ter como acessar esses dados, e também seria necessário entrevistar um número considerável de usuários, o que acabou não sendo conseguido durante a pesquisa realizada a nível local, pois o número de formulários preenchidos por estes foi inexpressivo (como já dito no início da dissertação).

Já em relação ao segundo ponto, uma das possibilidades para retorno do trabalhador a postos de trabalho é via a vulgo “Lei de Cotas”, que nada mais é que a possibilidade de usuário poder concorrer à reserva de vagas legal disposta conforme art. 93 da Lei nº.8.213/1991.

Diante dos dois pontos apresentados, sintetizaremos abaixo as principais problemáticas que vínhamos expondo relacionadas à relação entre o funcionamento da RP *versus* retorno do usuário às atividades laborais:

1ª) Não se põe na ordem do dia a necessidade de ampliação dos postos de trabalho para inserção dos desempregados e autônomos adoecidos/acidentados, de modo que haja efetiva recolocação dos mesmos em postos de trabalho condizentes com sua situação de saúde/restrrição/deficiência/limitações, de modo a minimizar ao máximo, ou não gerar mais, agravos à sua saúde;

2ª) Não submeter o trabalhador a vínculos de trabalhos instáveis como ocorre na atualidade — subemprego, emprego precário, temporário, entre outros —; nem a cumprimento de metas e ganhos por produção — configurando pressão para o desempenho das atividades laborais e se intensificando os ritmos de trabalho — conforme tem imperado nas novas formas de gerir o trabalho (flexibilização do trabalho); bem como causando redução de salário quando o trabalhador se afasta.

3ª) Aumento da produção atrelado ao aumento do salário;

4ª) Maior intervenção do Estado no acompanhamento à implementações de ações que dizem respeito ao campo da saúde do trabalhador perante às empresas/instituições, inclusive, no desempenho de políticas de reinserção / readaptação do trabalhador. Nas entrevistas realizadas, foi apontado por todos os trabalhadores entrevistados (num total de 8) que não há políticas, nem setores de acompanhamento aos trabalhadores afastados e, quando há, não se tem uma capacitação da maioria dos profissionais da instituição de como lidar com a situação de afastamento do funcionário⁴⁵;

5ª) Embora a criação de setores responsáveis nas empresas/ instituições seja imprescindível para se tratar da atenção às políticas e ações em saúde do trabalhador, no caso das pequenas e micro empresas é difícil isso se estruturar e nem existem na maioria das vezes;

6ª) No âmbito mais imediato é preciso que o enorme leque de normas/ legislações de prevenção ao adoecimento e acidentes laborais, saúde do trabalhador e adequação/adaptação ao ambiente de trabalho seja cumprido pelas empresas/ instituições. Mas, isso, infelizmente está longe de se concretizar, pois cada vez mais são realizadas denúncias de condições de trabalho degradantes, quando não escravas, como é o caso das empresas sucroalcooleiras, frigoríficos, avícolas, telemarketing e outras. Quando muito, é cumprido apenas o fornecimento e utilização de EPI (Equipamento de

⁴⁵ Há indícios de que essa situação é frequentemente vivenciada no cotidiano dos profissionais na região da Grande Florianópolis, pois nos cursos que ministramos na universidade um número expressivo de profissionais de diversos ramos levantou essa questão.

Proteção Individual) e, em alguns setores, alguma preocupação no tocante ao ambiente de trabalho.

Além disso, o adoecimento/acidente que acomete(m) o trabalhador por vezes pode ser ocultado por práticas de algumas empresas / instituições, tais como: ocultar para o INSS e órgãos fiscalizadores o não cumprimento das exigências colocadas para atender às necessidades do trabalhador afastado quando este retorna à elas, o que se dá por diversos mecanismos, tais como: desde “maquiar” no dia de vistoria esse cumprimento até práticas como registrar as atividades desenvolvidas por aquele trabalhador para atender a meta de produção no registro de outro trabalhador.

Mas há uma preocupação que incentiva o interesse da Previdência para que haja fiscalização dos postos de trabalho, aquela que diz respeito à alíquota que as empresas em que se afere um alto índice de trabalhadores acometidos por doenças/ acidentes do trabalho é obrigada a pagar.

7ª) Ser revista a permissão para se trabalhar em ambientes insalubres, mesmo se pagando um montante adicional, pois mesmo que não seja a curto prazo, mas a longo prazo isso vai acarretar em desenvolvimento de limitações e incapacidades. Nessa questão vale pontuar a fala de um trabalhador entrevistado “perde-se a saúde para se ganhar a vida”;

8ª) Mesmo que a chamada “Lei de cotas” prescreva a reserva legal de cargos voltadas às pessoas com deficiência e àqueles que forem considerados reabilitados pelo INSS, a inserção desses trabalhadores em postos de trabalho apenas por essa via não resolve o problema estrutural gerado no âmbito do mundo do trabalho, ou seja, mesmo sendo imprescindível, ela não implica em absorção de uma parcela significativa de trabalhadores.

Isso posto, diante dos diversos desafios apontados para a consolidação do serviço de RP apresentados é preciso que pautemos quais os rumos do mesmo, o que será colocado a seguir.

3.3 OS RUMOS DA RP NA ATUALIDADE: ANTAGONISMOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA — LÓGICA DE CONTENÇÃO DE GASTOS VERSUS PROTEÇÃO SOCIAL E PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE DO TRABALHADOR

Como vimos anteriormente, a Previdência Social brasileira tem sido atacada

constantemente em sua estrutura e tem se afastado de sua finalidade precípua, adotando as medidas gerenciais advindas com a contrarreforma do Estado em curso e, portanto, isso reflete em seu interior afetando os serviços prestados, como a Perícia Médica e a Reabilitação Profissional, que passam a ser reorientados na instituição.

No século XXI, os rumos da RP tem sido permeados por antagonismos de interesses no interior da Previdência Social, escancarando as contradições existentes: cada vez mais a Previdência tem se afastado do seu objetivo de proteção social e preocupação com a saúde do trabalhador para enfatizar medidas que visam conter gastos com o pagamento de benefícios, num viés estritamente economicista e de faturamento e arrecadação às avessas, ou seja, se preocupa em que o trabalhador retorne às atividades laborais e contribua novamente com a Previdência. Isso pode ser constatado com medidas que tem sido adotadas com o discurso de “eficiência e eficácia” e “melhoria da qualidade”, como a “revisão de benefícios” e instituição da “alta programada” sob nova roupagem⁴⁶ — que ao propagandear a sua necessidade sendo a primeira instituída dado o enorme número de gastos com benefícios e, a segunda, justificada perante a necessidade de *agilizar* o atendimento no interior da instituição previdenciária diante de um número restrito de profissionais frente à demanda —, o que tem ocorrido de fato é a ênfase na contenção de gastos e foi instituída uma verdadeira caça aos “fraudadores da Previdência” (seja responsabilizando os peritos médicos pelo número de concessões de benefícios *versus* número de “altas”, ou culpabilizando o trabalhador contribuinte por sua condição, como se ele quisesse adoecer/acidentar propositalmente).

Além disso, há implicações dessas medidas para a atuação dos peritos médicos, limitando (para não dizer extinguindo) sua autonomia profissional, além de não haver necessidade de contratação de mais profissionais, haja vista ser necessário apenas alimentar o sistema que definirá o tempo estimado de afastamento para cada CID (Classificação Internacional de Doença).

Outra questão é a explícita e súbita “valorização” da RP previdenciária, que nos últimos anos vem funcionando da “maneira possível” no interior da Previdência Social e era relegada (como já apontado — com os recursos humanos disponíveis subalocados, com precariedade de infra-estrutura, logística e outras pendências) e se adequando às determinações estabelecidas expressas no Reabilita.

⁴⁶ Referimo-nos às mudanças propostas em 2012 pelo INSS como parâmetros para atuação da Perícia Médica, o que implicava na constituição de uma tabela como normativa constando os CIDs (Classificação Internacional de Doença) e o período de afastamento para cada um deles. O que na prática significaria a eliminação da autonomia médica para avaliação do usuário.

A RP que até então vinha se direcionando claramente à contenção de custos⁴⁷, como já apontado anteriormente, torna-se o alvo de ações do Estado, sendo alvo de preocupação para que seja “revitalizada” e suprima as deficiências já apontadas e discutidas por profissionais, gestores, trabalhadores, movimentos sociais e sindicais etc.

Dentre as ações que tem sido tomadas para “Revitalizar a RP”, diante de tudo que já foi exposto nesse texto, tudo indica que tem sido num claro viés de continuidade do viés economicista (contenção de custos atrelado à arrecadação), mas quanto ao direcionamento que será dado aos novos e atualizados procedimentos que comporão a Política Nacional de RP que está para ser lançada ainda no primeiro semestre de 2013 será preciso aguardá-lo, para posteriormente analisar o novo manual de procedimentos nacional que serve de parâmetros para atuação dos profissionais na RP.

Cabe ainda colocar que, nos últimos anos, houve uma maior preocupação da sociedade em relação ao estabelecimento de medidas estabelecidas pelo campo de saúde do trabalhador, com efervescência até a promulgação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), assim como no âmbito previdenciário algumas mudanças em relação ao funcionamento da RP (como integrante da diretoria responsável pela atenção ao campo da saúde do trabalhador) foram e são pertinentes, como a contratação de mais profissionais (como já começou ocorrendo em 2008 com a contratação de 101 terapeutas ocupacionais⁴⁸, mesmo que no cargo denominado “analista do seguro social com formação em” cujas implicações já abordamos anteriormente, embora para “atuação restrita”, ou seja, como já colocado, não alterando o modo de funcionamento da RP com os OPs genéricos) e a preocupação para efetivação da atuação interinstitucional nos moldes preconizados pela PNSST.⁴⁹

Porém, ainda se faz necessário que haja mudanças no modo que tem funcionado à RP atualmente, que como já evidenciada, está debilitada, inclusive, para atender o segurado o considerando em sua totalidade.

A preocupação com a saúde do trabalhador também é uma constante que deve vir à tona na ordem do dia diante do aumento no número de adoecidos/acidentados, que

⁴⁷ Conforme se pode observar claramente na ata da 112ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) ocorrido em Brasília no ano de 2005. Já se pautava a “importância” da RP para atender o viés economicista (conter custos atrelado à arrecadação) e para continuar servindo de “válvula de escape” da Previdência Social.

⁴⁸ Cannalunga, s/d

⁴⁹ Inclusive com acompanhamento do movimento das Pessoas com Deficiência (PcD) e seus órgãos representativos (conselhos e outras) para adequação das instituições de educação para atender às necessidades de todos, o que implica em recursos adaptados, assim como para que as empresas e sociedade tenha acessibilidade etc.

consequentemente, irão requerer benefícios previdenciários⁵⁰ e também utilizar o SUS (fazendo, inclusive, com que os gastos com isso venham aumentando). Mas, principalmente, deve ser considerada, a preocupação primeira no âmbito da saúde do trabalhador, de modo que haja uma preocupação maior para que não ocorra (e, que pelo menos mais imediatamente, que se amenize) o adoecimento/ acidente que tem se dado em números expressivos no interior das empresas/instituições e no decorrer do processo de trabalho/ritmo de trabalho e das formas de organização do trabalho, como já visto no presente trabalho.

No âmbito da atenção à saúde do trabalhador, no que tange às legislações diversas são as existentes para serem cumpridas e fiscalizadas. Mas além delas, outras medidas tem sido tomadas pelo Estado em relação a “fomentar novas práticas” para às empresas/instituições, tal como a criação, no Governo Dilma, de certificados públicos para empresas que cumprirem medidas de saúde do trabalhador, fomentando estímulos às empresas para “sensibilizarem com a causa” (o que, ora, sabemos que isso é uma contradição, já que a empresa visa lucro/ extração de mais-valia e é inerente a ela cada vez mais subsumir o trabalhador levado à sua exaustão).

Portanto, essas contradições permeiam o espaço sócio-ocupacional da RP e trazem elementos para debatermos quando questionou-se como questão norteadora da presente dissertação: qual a importância de se prestar serviço de RP àqueles que são acometidos por adoecimentos/acidentes laborais diante do enorme contingente que constitui o exército industrial de reserva existente, podendo se descartar e substituir o trabalhador afastado por outro? Ao concluir o cumprimento do programa de RP, há possibilidade e/ou garantia do trabalhador obter novo emprego ou manter-se no seu vínculo de origem?, *grosso modo* diríamos: por que reabilitar se há tantos trabalhadores “hígidos” para se colocar no lugar daquele que apresenta incapacidades?

Evidentemente, não se pretende esgotar essa questão e solucioná-la, haja vista sua complexidade diante de tantas determinações (políticas, econômicas, sociais etc.) que a permeiam e sua dinamicidade. Mas, sem querer simplificar, pode-se, sinteticamente fazer alusão à algumas questões/ inferir que: por um lado, reabilitar atende à necessidade imediata do trabalhador adoecido/acidentado, implicando-se como alternativa diante da situação apresentada por ele; por outro, reabilitar é rentável economicamente e contribui para manutenção do *status quo*. Foi nessa direção que a

⁵⁰ Isso nos casos dos contribuintes, sendo esse quadro mais agravado se for considerar os não contribuintes descobertos pela previdência social e as subnotificações existentes.

pesquisa realizada delineou e apontou elementos para se discutir e analisar o funcionamento da Reabilitação Profissional na atualidade e seus rumos daqui para frente, tanto na realidade nacional como reflete na realidade local que é a ela subordinada.

Por fim, ao se falar dos rumos da RP, gostaríamos de registrar ainda que diversos atores, tais como profissionais, pesquisadores, movimentos sociais, entre outros, tem defendido outras ações de mudanças na política previdenciária, indo na contracorrente do que está instituído para compor às ações de atenção ao campo da saúde do trabalhador. Entre as propostas colocadas está a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde (CIF) nas políticas que compõem a Seguridade Social. A seguir, explanaremos acerca desta proposta e sua importância, inclusive para se referenciar o serviço de RP.

3.4 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE DO TRABALHADOR PARA EXERCER ATIVIDADES LABORAIS

Como a política previdenciária brasileira pauta-se na concepção de incapacidade para o trabalho para fins de concessão de benefícios – tais como: auxílio-acidente, auxílio-doença e aposentadoria por invalidez faz-se necessário precisar esse conceito. Sabe-se ainda que a análise da Perícia Médica previdenciária se baliza na concepção de incapacidade laboral dos trabalhadores (ou deveria balizar, embora Barreto (2006) e Maeno denunciem que muitos profissionais se pautam na desconfiança do trabalhador como fraudador do sistema previdenciário) para conceder os referidos benefícios aos usuários e também para encaminhá-los para o serviço de Reabilitação Profissional.

Essa definição fica sob responsabilidade do perito médico do INSS, e, por vezes, tem sido focalizada no modelo biomédico em que o foco é a lesão/doença vivenciada pelo indivíduo.

Segundo Maeno *et. al.* (2009), a ausência de critérios técnicos de avaliação da incapacidade pela Perícia Médica do INSS, esta fica a critério do médico que pauta-se em critérios excludentes de regulação moral, numa insana busca por segurados simuladores e fraudadores do seguro social.

Além disso, a avaliação médica é realizada tendo como referência a CID-10, a

qual se baseia no modelo médico cuja centralidade é a doença (e para fins de concessão de benefício previdenciário apenas uma é considerada), o que implica na limitação da análise do perito médico e também dos profissionais que atuam na Reabilitação Profissional previdenciária acerca das múltiplas determinações (sociais, econômicas etc.) envolvidas no processo saúde-adoecimento do trabalhador. Por exemplo: não basta um trabalhador ser diagnosticado tendo glaucoma (um único CID), mas faz-se necessário se isso vai evoluir e levar à cegueira e quais as condições socioeconômicas e de trabalho da pessoa naquele momento.

Por isso, é preciso que o indivíduo seja avaliado na sua totalidade e funcionalidade. Neste sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 1995) recomenda que seja avaliado o dano; as lesões, sequelas, distúrbios funcionais; incapacidades; desvantagens. Veja o exemplo a seguir⁵¹:

Quadro 3

DANO	DEFICIÊNCIA: LESÕES, SEQUELAS, DISTÚRBIOS FUNCIONAIS	INCAPACIDADES	DESVANTAGENS
Lesão do nervo óptico	Cegueira Baixa Visão	Ausência de visão Diminuição da Visão	Restrição na comunicação e dos relacionamentos sociais Diminuição das oportunidades de trabalho, lazer, educação e convívio social

Quadro 4

DESVANTAGENS		
Consequências Individuais Diminuição de :	Consequências Familiares	Consequências Sociais
Independência Mobilidade Situação Econômica Entre outras	Sobrecarga Econômica Necessidade de Serviços Isolamento Social	Demanda de Serviços Perda de Produtividade Entre outras

O profissional da Reabilitação Profissional deve mapear a vida deste indivíduo em alguns aspectos fundamentais:

⁵¹ Quadro da OPAS (BRASIL, 1995) adaptado por nós.

- 1) Vida familiar e pessoal: uma história elaborada a partir da coleta de dados sobre a família de origem, a sua vida pregressa, a formação ou dissolução da família atual; dinâmica de relacionamento, desempenho de papéis familiares; relacionamento com outros membros da família.
- 2) Vida funcional: uma análise de acordo com a condição do usuário: função exercida, e se ele não tem qualquer grau de profissionalização pesquisar interesses, habilidades e conhecimentos empíricos. Experiência de trabalhos formais e informais já realizados por ele, mesmo que há muito tempo, podem trazer à tona suas potencialidades.
Bem como, conhecer a sua visão sobre o trabalho que faz e a empresa; o seu grau de motivação para aquele trabalho, a responsabilidade com que o faz; sua visão sobre seu relacionamento com os colegas, chefias e subordinados; seu índice de absenteísmo e seu comportamento frente à segurança do trabalho, incluindo número de acidentes sofridos e causados.
- 3) Acesso aos serviços de saúde: se tem plano de saúde ou se tem somente acesso aos serviços de saúde públicos /SUS

Quando dissemos que uma pessoa tem glaucoma, por exemplo, o médico avalia que apenas tem esta doença. Ou seja, a doença principal. Mas quais as sequelas desta lesão? Ele vai poder ser inserido em outra função? Estas questões, por exemplo, são imprescindíveis de serem indagadas.

A título de ilustração, vejamos ainda a seguinte situação: Maria é portadora de glaucoma e trabalha como auxiliar de enfermagem. A doença vem evoluindo e o tratamento realizado não vem impedindo sua evolução para a cegueira. Adquiriu baixa visão. O médico avalia à luz do Código Internacional de Doenças CID H40.1 (glaucoma- doença principal + H54.2 (baixa visão ou visão subnormal, sequela). O médico perito do INSS nega o benefício. Ele avaliou apenas a doença principal, pois com a doença glaucoma somente ela pode estar enxergando. No Código Internacional de Funcionalidades o médico tem que avaliar as sequelas e a funcionalidade. Ou seja, o glaucoma tem como sequela a baixa visão que não permite o auxiliar de enfermagem enxergar para desempenhar a função. Nesta função ele está incapacitado.

No que diz respeito à concessão da aposentadoria por invalidez não basta o trabalhador estar adoecido e/ou ter se acidentado ou ser considerado pessoa com

deficiência, para tanto faz-se necessário estar *incapaz para o trabalho*.

Isso implica, portanto, se considerar que uma lesão ocasionada não é sinônimo de deficiência em si muito menos de incapacidade permanente para o desempenho de atividades laborais. Mas, antes de tratarmos mais especificamente essa questão, trazendo elementos fundamentais que essa afirmação se baseia, é preciso que primeiro compreendamos, sinteticamente, o histórico desse ponto que tem sido tão crucial para embasar as políticas públicas.

Historicamente, a questão da deficiência foi sendo tangenciada na área de prevenção de doenças infectocontagiosas, pois efetivamente muitas das doenças são potencialmente causadoras de incapacidades funcionais. A visão que se imperava era que o fato da doença/lesão em si tinha como sinônimo a deficiência.

Em 1989, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou a CIDDID — Classificação Internacional de deficiências e Incapacidades e Desvantagens, que definia deficiência como toda perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica.

Além dela, ainda na década de 1980, foi lançado um catálogo que se baseou no modelo médico da deficiência, chamado Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap (ICIDH), em que deficiência seria resultado de uma lesão no corpo de um indivíduo considerado anormal (Diniz, 2007).

Já em 1997, a proposta trazida pela OMS foi reapresentada com um novo título e conceituações: denominada CIDDM-2 — Classificação Internacional das Deficiências e Atividades e participação. A limitação da atividade antes conceituada como incapacidade passa a ser entendida como dificuldade no desempenho pessoal.

Se for considerada a deficiência como desvantagem biológica, tal qual proposto pelo modelo biomédico, isso pressupunha que, as pessoas com deficiência têm um papel passivo de pacientes e o problema é no indivíduo que deve se adaptar à sociedade e se “normalizar”.

Em contraposição ao paradigma médico, se evidenciou o modelo social da deficiência, o qual se opôs à ideia de “deficiência como anormalidade, cujo argumento perante ela era recorrente para se encarcerar as pessoas com deficiência, o que gerava um quadro de pessoas que sobreviviam isoladas em instituições a pretexto de tratá-las para devolvê-las à família ou à sociedade em condições de normalidade.

Quanto ao modelo social, embora este reconhecesse o corpo com lesão, ele denunciava a estrutura social que oprime a pessoa com deficiência e é incapaz de responder à diversidade e variação corporal humana (DINIZ, 2007; MELLO,

NUERNBERG, 2012). Portanto, nas palavras de Mello e Nuenberg (2012),

[o modelo social] não se foca nas limitações funcionais oriundas de deficiência nem propõe a ideia tão comumente aceita da necessidade de reparação/reabilitação do corpo deficiente, mas sim a concebe como o resultado das interações pessoais, ambientais e sociais da pessoa com seu entorno (...) Mesmo diante dessa tensão entre natureza e cultura, o modelo social da deficiência promoveu a primeira guinada ao elevar as pessoas com deficiência ao status de sujeitos de direitos humanos e não reduzindo esse grupo social como mero objeto de intervenção clínica, de reabilitação ou de assistencialismo (MELLO; NUENBERG, p.638).

Cabe ainda pontuar no que diz respeito ao referido modelo que este foi revisto, nos anos 1990 e 2000, baseado pela perspectiva feminista, o que foi chamado de segunda geração do modelo social (DINIZ, 2007; MELLO, NUERNBERG, 2012).

Acerca de suas contribuições, Mello e Nuernberg pontuam a seguir:

Foram as teóricas feministas que, pela primeira vez, mencionaram a importância do cuidado, falaram sobre a experiência do corpo doente, exigiram uma discussão sobre a dor e trouxeram os gravemente deficientes para o centro das discussões – aqueles que jamais serão independentes, produtivos ou capacitados à vida social, não importando quais ajustes arquitetônicos ou de transporte sejam feitos. Foram as feministas que introduziram a questão das crianças deficientes, das restrições intelectuais e, o mais revolucionário e estrategicamente esquecido pelos teóricos do modelo social, o papel das cuidadoras dos deficientes. Foi o feminismo quem levantou a bandeira da subjetividade na experiência do corpo lesado, o significado da transcendência do corpo para a experiência da dor, forçando uma discussão não apenas sobre a deficiência, mas sobre o que significa viver em um corpo doente ou lesado (MELLO, NUERNBERG, 2012, p.638-639).

Diante desses aspectos, Diniz (2007) ainda evidencia o debate da ambigüidade da identidade de pessoa com deficiência em casos de lesões não aparentes⁵².

Pode-se dizer, então que essas contribuições do movimento feminista foram fundamentais para referenciar os estudos sobre deficiência.

Nessa direção, a criação e instituição da CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde como instrumento de avaliação da incapacidade do trabalhador para exercer atividades laborais foi um grande marco e avanço.

Neste sentido, faz-se mister destacar a importância do tipo de avaliação baseada na CIF, a qual foi fruto de reivindicações do movimento das Pessoas com Deficiência

⁵² Esclarecemos que por serem muitas as especificidades desta polêmica trajetória histórica das concepções de deficiência, este assunto não se esgota aqui e poderá ser aprofundado em debates posteriores.

em contraposição à Classificação Internacional de Doença (CID-10), havendo mudança de paradigma do modelo médico da deficiência para ser incorporado o modelo social como instrumento balizador das políticas sociais, como complementar à CID-10⁵³.

Nos moldes da CIF, não se considera a incapacidade em sentido restrito e linear atrelada a relação de “causa-efeito” como se o adoecimento/acidente em si incapacitasse o trabalhador para exercer atividades laborais. Mas, implica em se considerar o conceito ampliado de deficiência e funcionalidade.

Além dela tirar o foco da deficiência no indivíduo, ela não se limita apenas às pessoas com deficiências e incapacidades visíveis. Por exemplo: uma pessoa infectada por HIV pode ficar incapacitada em termos de oportunidades de participação ativa na sua profissão. Neste caso a CIF apresenta diferentes perspectivas para direcionar medidas pertinentes visando a possibilidade dessa pessoa continuar participando plenamente na vida da comunidade / na vida ativa⁵⁴.

Para aprofundarmos o conhecimento desse instrumento utilizado para avaliação da incapacidade do trabalhador, cabe colocar que a CIF está estruturada em duas partes: 1ª referente à funcionalidade e incapacidade, incluindo as funções e estruturas corporais; 2ª aos fatores contextuais (inclui fatores ambientais e pessoais). Seus componentes são: funções e estruturas corporais, atividades, limitações, participação e restrições. Portanto, ela avalia o sujeito em diversas dimensões que incluem aspectos do corpo e seu funcionamento; ações e tarefas e participação na vida cotidiana (OMS *apud* FONSECA, 2011)⁵⁵.

Quanto à sua implantação na Seguridade Social, isso não ocorreu de forma efetiva, mas apenas houve uma aproximação no tocante à instituição da Avaliação Social do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para avaliar a incapacidade da pessoa com deficiência que requer o referido benefício, conforme está expresso no Decreto nº. 6.214/ 2007 a obrigatoriedade legal de ser constituída uma equipe

⁵³ Essa conquista ainda está em processo de implementação em um cenário controverso de contrarreformas e focalização das políticas sociais (NUERNBERG, 2009). Nesse modelo, reconhece-se o corpo com lesão, mas se denuncia a estrutura social que oprime a pessoa com deficiência. A deficiência seria “resultado do ambiente social hostil à diversidade” (DINIZ, 2007). As pessoas com deficiência reivindicavam ações políticas afirmativas e atuação do Estado no que diz respeito aos seus direitos. A deficiência passa a ser um problema social e não mais individual (QUEIROZ, 2007). É esse o viés adotado na Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência / 2007, ratificada no Brasil como emenda constitucional, expressa no decreto nº. 6.949 / 2009.

⁵⁴ Em alguns países, como Estados Unidos e Canadá, são consideradas pessoas com incapacidades aquelas que tem alguma desvantagem ou dificuldade de desempenho funcional, o que engloba a população de idosos e de pessoas que apresentam doenças incapacitantes.

⁵⁵ Para exemplificação da utilização da CIF vide artigos de Toldrá *et.al.* e de Simonelli *et. al.* In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional vol.35, nº.121, jan/jun 2010.

multiprofissional para realizar a Avaliação Social da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC⁵⁶ (como referido anteriormente) nos moldes da CIF, a qual exige a realização dessa avaliação interdisciplinarmente.

Porém, a ideia não era restringir a implantação da CIF na realização da Avaliação Social do BPC, mas ser a balizadora das políticas públicas em todos os âmbitos, portanto, isso incluiria o serviço de Reabilitação Profissional (embora isso não ocorra nos dias de hoje). E, no caso desse último, a CIF tem sido uma reivindicação constante mediante luta de diversos atores (profissionais, pesquisadores, entre outros) para ser implementada em toda a Seguridade Social, inclusive, para se balizar a avaliação da incapacidade para o trabalho considerando o conceito ampliado de deficiência, que conforme o importante marco, ratificado no Brasil em 9 de julho de 2008 como emenda supraconstitucional, a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 29 de março de 2007, em seu artigo primeiro expressa que:

(...) Pessoas com Deficiência são aquelas que têm impedimento de qualquer natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas (BRASIL, 2008).

Isso implica em dizer, no tocante à Reabilitação Profissional, seja no âmbito físico, psíquico ou sensorial, que ao ser pautada na CIF esta visaria readaptar o trabalhador para retorno às mesmas atividades laborais que exercia ou em outras compatíveis com suas limitações/restrições e funcionalidade. Em verdade essa análise deveria conceber o trabalhador em sua totalidade e numa concepção mais ampla que problematize sua condição de vida e trabalho, preocupando-se com a saúde do trabalhador e não em encaminhamento burocrático do mesmo para a empresa/instituição em que foi gerado o agravo à sua saúde.

A realidade por nós encontrada vai em direção oposta uma vez que fica claro que o viés adotado é o da redução dos gastos previdenciários com o trabalhador e retorno às atividades laborais desempenhadas mesmo adoecido/lesionado de forma que volte a contribuir para a Previdência Social.

⁵⁶ Cabe ressaltarmos que essa obrigatoriedade legal foi o mote para realização de concurso para Assistente Social previdenciário, o qual ocorreu em 2009.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou apreender o funcionamento do serviço de Reabilitação Profissional previdenciário atrelada à realidade nacional, tendo como parâmetro a realidade local desse serviço prestado na Agência de Previdência Social Florianópolis/Continente (APS), durante o ano de 2012. Para tanto procuramos analisá-lo tendo como premissa a centralidade do trabalho e entendendo o referido serviço como resposta do Estado aos agravos que acometem à saúde dos trabalhadores decorrentes do processo de trabalho e suas formas de organização.

Neste sentido, pudemos compreender o serviço de RP prestado na região de Florianópolis relacionado à realidade nacional para além do mero arcabouço legal que preconiza seu *modus operandis*. Para tanto, nos apoiamos em uma perspectiva mais ampla e crítica que permitiu desvelar e explicitar as contradições que o permeiam diante de distintos interesses de classe e apreendê-lo considerando suas múltiplas determinações (econômica, política, social etc.).

Sendo assim, a pesquisa realizada apontou elementos que permitem discutir e analisar o funcionamento da RP nos dias de hoje e os rumos que o referido serviço tem sido direcionado. Como visto, por um lado, a RP atende à necessidade imediata do trabalhador adoecido/acidentado, tornando-se uma primeira alternativa diante da situação apresentada por ele. Já por outro, reabilitar é rentável economicamente e contribui para manutenção do *status quo*. Além de que, de acordo com a nossa pesquisa, tudo indica que esta rentabilidade tem sido o direcionamento impresso na operacionalização da RP.

A partir das discussões trazidas ao decorrer da dissertação, pode-se inferir que a Previdência Social, nas últimas décadas, vem se distanciando de suas ações precípuas a fim de atender prioritariamente aos interesses do capital em detrimento das necessidades da classe trabalhadora, num claro viés economicista e privatista.

As medidas adotadas, desde a década de 1990 até o presente momento, visando à melhoria na prestação do serviço previdenciário de Reabilitação Profissional⁵⁷ tem expressado um movimento híbrido e contraditório, que permeia o funcionamento da RP.

Ou seja, a descentralização do referido serviço para as APS com intuito de

⁵⁷ Atualmente subprograma das Perícias Médicas que está sendo reformulado com a criação do Programa Nacional de Reabilitação Profissional a ser lançado em 2013, como já dito anteriormente.

ampliar sua abrangência, o envolvimento direto dos peritos médicos junto às equipes de RP, a contratação de novos profissionais prescrita, a resolução de problemas de infraestrutura e logística etc. embora tenham relevância, não alteram o *modus operandi* da RP que tem dado continuidade à implementação de medidas preconizadas no bojo das contrarreformas do Estado, como por exemplo, a permanência na instituição previdenciária de cargos generalistas que diluem as especificidades das profissões. E, concomitantemente, outras medidas são tomadas nessa mesma direção, entre elas, a primazia da realização de parceria público-privada tanto para a efetivação e possibilitar o cumprimento do programa de RP.

Recentemente, em 14 de agosto de 2012, foi realizado um acordo de cooperação técnica em segurança e saúde do trabalho firmado entre o INSS e o Seguro Social de Acidentes Alemão (DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung)⁵⁸, cujos rumos e impactos só poderemos avaliar mais para frente após sua efetiva consagração na instituição previdenciária brasileira.

No que diz respeito à realidade local da APS Florianópolis/Continente, enquanto *locus* institucional subordinado à estrutura do INSS de âmbito nacional, tudo indica que os profissionais seguem a programática dos parâmetros instituídos para o funcionamento da RP. Mas, dentro dos limites institucionais, os profissionais dessa APS, juntamente aos profissionais da Seção de Saúde do Trabalhador, tem se preocupado incessantemente com a melhoria do serviço prestado, contribuindo com proposições e ações da sua alçada para a efetivação do campo relacionado à saúde dos trabalhadores. Inclusive, pudemos constatar durante as entrevistas realizadas que estes tem se prestado à busca de soluções para o impasse gerado no já referido “jogo de empurra”.

Como desafios para a consolidação de um serviço de Reabilitação Profissional voltado para o atendimento das necessidades daqueles que a usufruem, além dos já expostos, cabe ainda ressaltar que há indícios que a realidade local converge com a realidade nacional, implicando na superação mais imediata de infra-estrutura e logística, bem como faz-se mister a ampliação da interface dessa política com ações intersetoriais entre Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e Ministério da Saúde, conforme preconizam as diretrizes da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

Muitas dessas questões elencadas também tem sido preocupação de outros

⁵⁸ Para conferir acerca desse acordo ver sítio eletrônico < <http://www.proreabilitacao.com.br/cooperacao-cbssi-dguy>>. Acesso em 2 fev. 2013.

pesquisadores, como Takahashi e Iguti, que ao apontaram os desafios presentes para a RP afirmam:

As [contra]reformas da Previdência Social, ocorridas no Brasil na década de 1990 e avançadas pelos anos 2000, não equacionaram os principais problemas diagnosticados pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador de 1993: os segurados continuam sendo tratados como não-cidadãos, a classe trabalhadora continua morrendo, sendo mutilada e adoecida pelo trabalho, e as instituições públicas que fazem interface com a saúde do trabalhador - Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Ministério do Trabalho - continuam desarticuladas e com baixo poder de intervenção diante do poderio das empresas. A ineficiência brasileira no manejo dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais é uma realidade que cotidianamente se atualiza, agravada pelas condutas do INSS de contenção da permanência dos trabalhadores incapacitados nos programas de suporte de renda sem lhes ter ofertado a possibilidade de superação de suas desvantagens através de programas de reabilitação profissional.(TAKAHASHI; IGUTI, 2008, p. 2668).

Neste sentido, fica evidente que embora algumas medidas visando melhoria no funcionamento da RP tenham sido identificadas ao decorrer da dissertação, inclusive sendo apontados seus pontos críticos a serem superados, dentro dos limites institucionais seria muita pretensão culpabilizar a Previdência Social (e, conseqüentemente, a RP) acerca dos adoecimentos/acidentes e agravos que acometem os trabalhadores, não podendo recair apenas sobre ela a responsabilidade de resolver esse problema gerado fora dela e inerente ao trabalho estranhado/alienado.

Isso posto, o que está em xeque nesse texto não é apenas a Reabilitação Profissional, mas, partindo dela, é possível explicitar o constante ataque, por vezes velado e obscuro, à saúde dos trabalhadores. Situação esta que vem à tona ao rebater na política previdenciária, sendo a RP um dos meios que contribui⁵⁹ para a “recuperação” da força de trabalho e, portanto, da capacidade de exercer atividades laborais.

O elevado índice de adoecimento e/ou acidentes que acometem os trabalhadores e que são gerados e agravados no âmbito do processo de produção da sociedade capitalista não são apenas problemas biológicos e do indivíduo, mas é uma questão estrutural e que preocupa a todos⁶⁰.

Portanto, nossa preocupação vai além da ótica de manter e garantir os direitos sociais historicamente conquistados frutos de lutas coletivas e em prol de sua

⁵⁹ Ou, deveria contribuir, embora isso não se efetive ainda nos moldes que está colocada.

⁶⁰ Não é à toa que os estudos sobre deficiência afirmam que a deficiência é uma condição em que todos podem vir a experienciá-la, mas nos limites da dissertação essa discussão não poderá ser aprofundada no momento.

ampliação, indo em direção a construção de uma outra sociabilidade.

Por um lado, para a construção de um serviço de Reabilitação Profissional efetivo faz-se necessário a superação da lógica previdenciária de diminuição de custos para a ótica do direito, que atenda a real necessidade do trabalhador de forma articulada intersetorialmente, como já dito. Além disso, “é preciso que se definam programas de acordo com a natureza das restrições apresentadas pelo reabilitando” (MAENO; VILELA, 2010, p. 94).

Por outro, a luta deve ir na direção não apenas de ampliação do acesso do trabalhador às políticas sociais (seja Previdência e/ou Assistência), mas também na superação do processo que gera o adoecimento e/ou acidente. Esta deve ser um ponto de pauta na luta de classes para a classe trabalhadora sob a lógica do capital. Além disso, é um modo de apropriar uma parte do excedente econômico criado. Neste sentido, coloca-se uma preocupação para além de acordos e apaziguamento da classe trabalhadora mediante política social e da lógica da indenização do adoecimento e/ou acidente gerado.

A direção que se faz urgente é na perspectiva de outra sociabilidade, superando a lógica de maximização dos lucros que degrada o trabalhador e a desigualdade de classes. Ressalta-se que não é o desenvolvimento das forças produtivas em si que leva à degradação do trabalhador, mas a forma da apropriação deste pelos capitalistas — ao invés de satisfazer a necessidade do trabalhador, é usado em prol da acumulação / aumento de lucro, além de se tornar um intensificador do ritmo de trabalho, da produção e com maior propensão de gerar e/ou agravar lesões nos trabalhadores.

Por isso, coloca-se como principal direito social o direito aos meios fundamentais de produção — e isso não é colocado em pauta para o direito dos trabalhadores, nem vai se fazer por leis sociais, mas é luta de classes.

Na medida em que no modo de produção vigente não haja como conciliar capital/trabalho para erradicar as doenças laborais, é preciso, pelo menos, minimizar o sofrimento do e no trabalho no plano mais imediato. Mas também é mister não estancar as lutas no imediatismo nem em conformação com o reformismo.

No tocante à RP, é preciso, na atual conjuntura brasileira, que fiquemos atentos às propostas e implementações de mudanças em curso, principalmente agora que está para ser lançado um Programa Nacional de RP em 2013.

5. REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **O Caracol e sua Concha**. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. 9ª reimpressão. São Paulo: Boitempo, 2007.

_____. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 13ª. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008. v. 1. 213 p.

BARRETO, M. **Violência, saúde e trabalho (uma jornada de humilhações)**. São Paulo: EDUC, 2006.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERNARDO, L. D. **Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual**. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais – Faculdade de Medicina, 2006. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS-73BKA6/1/>>. Acesso em 15 de julho de 2011.

BRASIL. **Decreto-Lei nº. 5.452, de 01 de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 18 nov. 2010.

_____. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Decreto nº. 129, de 22 de maio de 1991**. Promulga a Convenção nº 159, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0129.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Lei nº. 8.212, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde, Planejamento e Organização de Serviços. **Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 1995 .

_____. **Decreto nº. 2.172, de 5 de março de 1997.** Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social (revogado). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2172.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Decreto nº. 3.048, de 06 de maio de 1999 a.** Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em: 1 fev. 2013.

_____. **Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999 b.** Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 1 fev. 2013.

_____. **Portaria nº. 1.679, de 19 de setembro de 2002.** Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

_____. **Decreto nº. 4.729, de 9 de junho de 2003.** Altera dispositivos do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2003/4729.htm>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Portaria nº. 2.437, de 7 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a ampliação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

_____. **Portaria Interministerial nº. 800, de 3 de maio de 2005.** Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, elaborada pelo Grupo de Trabalho instituída pela Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004, prorrogada pela Portaria Interministerial nº 1009, de 17 de setembro de 2004, para consulta pública. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/65/mps-mtems/2005/800.htm>>. Acesso em: 08 jun. 2011.

_____. **Decreto nº. 6.214, de 26 de setembro de 2007.** Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm>. Acesso em: 1 fev. 2013.

_____. **Decreto nº. 6.934, de 11 de agosto de 2009.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão, das Funções Gratificadas e das Funções Comissionadas do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão e funções gratificadas, e altera o Anexo II ao Decreto nº 6.417, de 31 de março de 2008, que aprova a Estrutura Regimental e Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-6934-11-agosto-2009-590429-publicacaooriginal-115562-pe.html>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada:** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

_____. **Portaria nº. 2.728, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências.

_____. Ministério da Previdência Social. **Resolução nº. 118/INSS/PRES, de 4 de novembro de 2010.** Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e Acordos de Cooperação Técnica e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-PRES/2010/118.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

_____. **Lei nº. 12.435, de 6 de julho de 2011.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Decreto nº. 7.556, de 24 de agosto de 2011.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão, das Funções Gratificadas e das Funções Comissionadas do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e remaneja cargos em comissão, funções comissionadas e gratificadas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7556.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. Ministério da Previdência Social. **Resolução nº. 160/PRES/INSS, de 17 de outubro de 2011 a.** Aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-PRES/2011/160.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social, 2011 b.** Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1_121023-162858-947.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2013.

_____. Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho, 2011 c.** Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1_130129-095049-870.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2013.

BREGALDA, M. M. **Terapia Ocupacional e Reabilitação Profissional: práticas e concepções de terapeutas ocupacionais no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**. São Carlos, SP, Universidade Federal de São Carlos, 2012. Dissertação de mestrado.

BRECHT, B. **Elogio do Revolucionário**, s/d. Disponível em: <<http://www.culturabrasil.pro.br/brechtantologia.htm#priva>>. Acesso em: 2 fev. 2013.

CABRAL, M. S. R.; CARTAXO, A. M. B. . O processo de desconstrução e reconstrução do projeto profissional do serviço Social na Previdência - um registro de resistência e luta dos Assistentes Sociais. In: BRAGA, Léa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. (Org.). **O Serviço Social na Previdência** - trajetória, projetos profissionais e saberes. 1ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007, v. , p. 156-184.

CANNALONGA, L. S. **Projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional**, s/d. Disponível em: <http://www.proreabilitacao.com.br/?p=pc_leila_art02>. Acesso em: 21 mar. 2012.

CARTAXO, A.M.B. **Estratégias de sobrevivência**: a previdência e o serviço social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____; CORDEIRO, J.R. Considerações preliminares das determinações sócio-históricas da reforma da previdência social brasileira: Um Estudo Comparativo entre as décadas de 1990 e 2000. In: 19. CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Anais...** Salvador: 2008.

CARTAXO, A. M. B. **Anotações de aula da disciplina Serviço Social e Seguridade Social**: Previdência. 21 maio 2009. Notas de aula. Mimeografado.

_____. Projeto de Pesquisa: os impactos das transformações societárias contemporâneas na formação e no exercício profissional do Assistente Social no contexto previdenciário. In: SEMANA DO ASSISTENTE SOCIAL. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2010.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

COELHO, J.A.S. **Serviço Social na Previdência: uma análise de sua inserção político-institucional na conjuntura brasileira no período 1960-2003**. Maceió, Universidade Federal de Alagoas — Faculdade de Serviço Social, 2006. Dissertação de mestrado.

CONSELHO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Ata da 112ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Previdência Social - CNPS. Brasília, 2005**. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-103843-070.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2013.

DALDON, M.T.B.; LANCMAN, S.; SANTOS, M.C.; TOLDRÁ, R. C. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. *In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, vol.35, nº. 121 jan/jun. FUNDACENTRO, 2010.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência?** São Paulo: Brasiliense, 2007.

FONSECA, F.V. **Modelo de Reabilitação Profissional: uma proposta de avaliação da eficácia.** Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

FREIRE, L. M. B. **O Serviço Social na Reestruturação Produtiva:** espaços, programas, direções e processos do trabalho profissional, 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GENTIL, D.L. **A Falsa Crise do Sistema de Seguridade Social no Brasil.** Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/falsacrise.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2010.

GESSER, M.; NUERNBERG, A. H. *at. al.* A contribuição do modelo social da deficiência à psicologia social. *In: Psicologia e Sociedade*, vol.24, nº.3. **Belo Horizonte**, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822012000300009&script=sci_arttext>. Acesso em 6 fev. 2013.

GUEDES, V. **Panorama atual da Reabilitação Profissional da Previdência Social.** Out. 2012. 50 slides. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/informacao-e-comunicacao/eventos/previdencia-social/curso-previdencia-e-assistencia-social-custeio-e-beneficios-outubro-2012-sao-paulo/verusa-guedes/panorama-atual-da-reabilitacao-profissional-da-previdencia-social>>. Acesso em: 5 fev. 2013. Apresentação em Powerpoint.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 2012.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 7ª ed. São Paulo: Cortez, 1990.

IAMAMOTO, M.V. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **Trabalho e indivíduo social:** um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista, 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional.** Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT, 2011.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 23 (4):757-766, Rio de Janeiro, abr. 2007.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. Florianópolis, **Revista Katálisis**, vol. 14, n. 1, jan/jun 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-49802011000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 28 de setembro de 2011.

LAURELL, A.C; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LOURENÇO, E.A.S. **Na trilha da Saúde do Trabalhador: a experiência de Franca / SP**. Franca, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” — Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2009. Tese de doutorado.

MAHAYRI, N. **Desafios da Reabilitação Profissional para o século XXI**: estudo dos fatores prognósticos para a reabilitação profissional de segurados incapacitados para o trabalho, com doenças crônicas da coluna vertebral, encaminhados pela Perícia Médica do INSS para Programa de Reabilitação Profissional, por acidente do trabalho ou doença comum, no período de 1993 a 1997, em Campinas-SP. Campinas, SP, Universidade Estadual de Campinas — Faculdade de Ciências Médicas, 2004. Tese de doutorado.

MAENO, M. ; VILELA, R. A. G. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, vol.35, nº. 121 jan/jun. FUNDACENTRO, 2010. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20121%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o%20profissional%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em 14 de julho de 2011.

MAENO, M. Ser médico. *In: ALVES, G.; MOTA, D.P; VIZZACCARO-AMARAL, A.L. (orgs.). Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI*. São Paulo: LTr, 2011.

_____. MAENO et. al. Reabilitação Profissional como política de inclusão social. *Revista acta fisiatr*, 2009.

MARINI, C. Aspectos contemporâneos do debate sobre a reforma da administração pública no Brasil: a agenda herdada e as novas perspectivas. *In: VIII Congresso Internacional del CALD sobre la Reforma del Estado y de la Administracion Pública*. Panamá, 28-31 oct. 2003. 10 p.

MARX, K. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

_____. **Manuscritos Econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. **O capital: crítica da economia política: livro I, vol.1, 28. ed.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MEDEIROS, F. M. 2012 **Administração Pública e Previdência Social no Brasil: desconstrução neoliberal, mutações objetivas e subjetivas e suas particularidades em Juiz de Fora**. Juiz de Fora, MG, Universidade Federal de Juiz de Fora — Faculdade de Serviço Social, 2012. Dissertação de mestrado.

MELLO, A. G. ; NUENBERG, A. H. Gênero e deficiência: intersecções e perspectivas. *In: Estudos Feministas*, Florianópolis, 20(3): 384, set.-dez. 2012.

MENDES, J. **Serviço Social e Saúde do Trabalhador**. Curso pré-congresso no VI CONASSS – Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde e XI SIMPSSS – Simpósio de Serviço Social em Saúde. São José dos Campos, 2012 (mimeo).

MÉSZÁROS, I. **Para além do Capital: uma teoria de transição**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas e velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**, (10) 4, 2005, p.797-807.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador de 21 de dezembro de 2004**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2012.

MOTA, A. E. **Cultura da Crise e Seguridade Social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

NOGUEIRA, C. M. **O Trabalho Duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

NUERNBERG, A. H. **Anotações de aula da disciplina Psicologia do Excepcional**. Florianópolis: UFSC, Faculdade de Psicologia, 17 set. 2009.

O GLOBO. **Governo quer reduzir benefícios em casos de aposentadoria por invalidez**. Edição de 2/12/12 (online). Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/pais/governo-quer-reduzir-beneficios-em-casos-de-aposentadoria-por-invalidez-6906839>>. Acesso em: 30 dez. 2012.

PEREIRA, M.C.C. **As estratégias de resistência e enfrentamento dos Assistentes Sociais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) da região sul frente à tentativa de desmonte do Serviço Social previdenciário**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Trabalho de Conclusão de Curso.

PINTO, G. A. **A Organização Do Trabalho No Século 20: Taylorismo Fordismo e Toyotismo**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

PITTO, Y. A. G. R. B. **Orientação Profissional no Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social – uma prática possível ?** São Paulo, Instituto Pieron, 2009. Monografia de especialização. Disponível em: <http://www.lacospsicologia.com.br/monogr_youn.pdf>. Acesso em 14 de julho de 2011.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Reabilitação Profissional**. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=378> . Acesso em 15 de

outubro de 2010.

_____. **Qualidade de segurado.** Disponível em:

<<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=85>> Acesso em: 14 fev 2012.

_____. **Brasil e Alemanha assinam acordo de cooperação em segurança e saúde do trabalho**, 2012. Disponível em: < <http://blog.previdencia.gov.br/?p=3722>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

RAMOS, S. R. A prática na formação profissional em Serviço Social: tendências e dificuldades. In: **Temporalis**, ano VII, nº. 14, jul./dez, São Luís: ABEPSS, 2007.

REMIJO, A.P.; EVANGELISTA, D. Elementos introdutórios da crítica marxiana da economia política nas obras de 1844-1848. In: **Anais do I Seminário da Crítica da Economia Política** realizado na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, 2012.

SCARANELLO, A.F.S. **O Serviço Social na Reabilitação Profissional do INSS: a experiência da agência da Previdência Social de São José do Rio Preto / SP.** Franca, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” — Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2006. Dissertação de mestrado.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, T. M. M. Reabilitação Profissional: Prevenção de Incapacidade Permanente para o Trabalho Apresentação do INSS. **Lançamento do Dossiê Temático da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional: Incapacidade, Reabilitação Profissional e Saúde do Trabalhador - Fundacentro São Paulo.** São Paulo, 19 agosto 2010.

SILVA, R. N. **Monetização da saúde do trabalhador: uma análise crítica.** s/d. Disponível em: <www.segurancaotrabalho.eng.br>r. Acesso em: 6 mar. 2013.

TAKAHASHI, M. A. B. C. **Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990.** Campinas, SP, Universidade Estadual de Campinas —Faculdade de Ciências Médicas, 2006. Tese de doutorado.

_____; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/21.pdf>>. Acesso em 14 de julho de 2011.

VALENCIA, A. S. **A reestruturação do mundo do trabalho: superexploração e novos paradigmas da organização do trabalho.** Uberlândia: EDUFU, 2009.

VIEIRA, E. **Democracia, Estado e Política Social.** São Paulo: Cortez, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DA RP

Data: ____ de _____ de 2012. Pesquisadora: Marina Coutinho de Carvalho Pereira

1. Ano de ingresso na Previdência: _____

2. Local de Trabalho:

3. Cargo que ocupa: () Gerente () Chefe () Representante Técnico () Orientador Profissional () perito () outro cargo, qual? _____

3.1. Tempo de atuação no cargo atual: _____

4. Graduação em: _____ **Ano de conclusão:** _____

5. Possui pós-graduação? () não () sim

5.1. Em caso afirmativo da questão anterior, explicita:

() especialização em: _____

() mestrado em: _____

() doutorado em: _____

6. Quais são as suas atribuições determinadas pela Previdência Social ao profissional que atua na Reabilitação Profissional?

6.1. Quais atribuições que citou acima você executa e quais gostaria de desempenhar? Justifique.

6.2. Dentre as atribuições citadas na questão 6, há alguma (as) que você acha que NÃO deveria desempenhar? Justifique.

7. Como é feita a avaliação do usuário?

8. Descreva, de forma sucinta, as atividades desenvolvidas por você no cotidiano profissional.

9. Como o serviço de Reabilitação Profissional contribui para a reinserção do usuário no mercado de trabalho?

10. Nesta unidade é feita a readaptação profissional ou apenas a reabilitação profissional? Justifique.

11. Os cursos oferecidos ao usuário pelo INSS permitem a readaptação profissional?

() sim () não

Justifique: _____

12. Os cursos oferecidos ao usuário pelo INSS vão permitir sua reinserção no mercado de trabalho?

() sim () não

Justifique: _____

13. Quantos usuários da Reabilitação Profissional foram reinseridos com sucesso? A que você atribui esse sucesso ? Justifique.

14. Você tinha alguma expectativa com relação ao exercício profissional na Reabilitação Profissional?

() sim () não

14.1. Em caso afirmativo da questão anterior, sua expectativa correspondeu à realidade? Justifique: _____

15. Qual a importância do serviço de Reabilitação Profissional?

16. Houve mudanças na Reabilitação profissional desde o seu ingresso?

Sim () Não ()

16.1 Em caso afirmativo, quais?

17. Você acha que a política previdenciária é voltada para a redução de concessão de benefícios objetivando a redução de custos?

() sim () não

Justifique: _____

18. Há dificuldades no seu exercício profissional?

Sim () Não ()

18.1. Em caso afirmativo, quais?

19. Outras observações (que você considere importantes)

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS SEGURADOS EM PRP

Data: ____ de ____ de 2012. Pesquisadora: Marina Coutinho de Carvalho Pereira**1. Qual é sua idade?**

() De 18 a 20 anos () De 21 a 24 anos () De 25 a 29 anos () De 30 a 34 anos ()
 De 35 a 39 anos () De 40 a 44 () De 45 a 49 anos () De 50 a 54 anos () De 55 a 59
 anos () De 60 a 65 anos () Mais de 65 anos

2. Qual é seu sexo?

() feminino () masculino

3. Qual é seu estado civil?

() Solteiro/a () Casado/a () Amasiado/a () Divorciado/a () Separado/a () Viúvo/a

4. Tem filhos?

() Não () Sim, quantos: _____, () maiores de idade () menores de idade

5. Quantas pessoas além do (a) Sr. (a) na sua casa trabalham ou fazem fazem “bicos” e / ou recebem benefício, quem são e quanto ganham?

() trabalham _____ R\$ _____

() fazem bico _____ R\$ _____

() recebem benefício. Qual (is)? _____ R\$ _____

6. Qual é a renda familiar? _____

7. Qual a sua escolaridade?

☐ Não alfabetizado ☐ Somente alfabetizado ☐ 1º grau incompleto ☐ 1º grau completo ☐ 2º grau incompleto ☐ 2º grau completo ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Pós-graduação

8. Qual é o seu salário atual?

☐ menos de 1 salário mínimo ☐ 1 salário mínimo ☐ 1 salário mínimo e meio ☐ De 2 a 3 salários mínimos ☐ De 4 a 5 salários mínimos ☐ mais de 5 salários mínimos

9. Houve redução salarial depois que o (a) Sr. (a) entrou na Previdência?

☐ não ☐ sim, de quanto? _____

10. Há quanto tempo trabalha de carteira assinada?

☐ Menos de 3 meses ☐ De 3 a 6 meses ☐ De 6 meses a 1 ano ☐ De 1 ano a 1 ano e meio ☐ De 1 ano e meio a 2 anos ☐ De 2 a 3 anos ☐ De 3 a 4 anos ☐ De 4 a 5 anos ☐ De 5 a 10 anos ☐ De 10 a 20 anos ☐ Mais de 20 anos ☐ Não trabalha de carteira assinada (autônomo)

11. Há quanto tempo trabalha no último emprego?

☐ Menos de 1 mês ☐ De 1 a 3 meses ☐ De 3 a 6 meses ☐ De 6 meses a 1 ano ☐ De 1 ano a 1 ano e meio ☐ De 1 ano e meio a 2 anos ☐ De 2 a 3 anos ☐ De 3 a 4 anos ☐ De 4 a 5 anos ☐ De 5 a 10 anos ☐ De 10 a 20 anos ☐ Mais de 20 anos

12. Trabalha quantas horas por dia?

☐ menos de 4 horas ☐ 4 horas ☐ 6 horas ☐ 8 horas ☐ 10 horas ☐ mais de 10 horas

13. O (a) Sr.(a) faz hora extra?

☐ Sim ☐ Não

13.1 Em caso afirmativo da questão anterior, o (a) Sr.(a) recebe:

☐ em folga ☐ em dinheiro

14. Há metas de produção na empresa/instituição?

☐ Sim ☐ Não

14.1. Em caso afirmativo, acha as metas excessivas?

☐ Sim ☐ Não

15. Há quanto tempo está afastado?

☐ menos de 15 dias ☐ de 15 a 30 dias ☐ 2 a 5 meses ☐ 6 meses a 1 ano ☐ 1 ano e meio a 2 anos ☐ 2 anos e meio a 4 anos ☐ 4 anos e meio a 6 anos ☐ mais de 6 anos

16. Qual o motivo do afastamento?

() doença () acidente de trabalho () acidente de trajeto

Especifique qual e / ou CID: _____

16.1. Se na questão anterior o motivo foi acidente de trabalho ou trajeto, houve emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) pela empresa/instituição?

() sim () não

17. Qual a profissão exercida no momento do afastamento? _____

18. É a primeira vez que tira licença?

() sim () não

19. Já teve alta do INSS e retornou por determinação da Justiça Federal?

() sim () não

20. Na sua empresa/ instituição, o (a) Sr.(a) tem acompanhamento?

() sim () não

21. Existe serviço de readaptação profissional na empresa/instituição que trabalha?

() sim () não () não sei

22. Existe CIPA (Comissão Interna de Prevenção a Acidentes) na empresa/instituição que trabalha?

() sim () não () não sei

23. Há quanto tempo frequenta o serviço de Reabilitação Profissional? _____

24. Qual a sua expectativa quanto ao serviço de Reabilitação Profissional do INSS?

25. Descreva brevemente o processo de Reabilitação Profissional que está inserido.

26. Caso tenha sido encaminhado para algum curso, explicita qual (quais)?

26.1. O curso está dentro da sua expectativa?

() sim () não

Por

quê? _____

26.2. O(s) curso(s) oferecido(s) oferece(m) as adaptações necessárias à sua doença?

() sim () não, por quê? _____

27. O processo de Reabilitação Profissional que está inserido o (a) possibilita trabalhar na mesma empresa / instituição que o (a) Sr. (a) trabalhava?

() sim () não, por quê? _____

27.1 Se a resposta da questão anterior foi negativa, o (a) Sr.(a) acha que após a conclusão do processo de Reabilitação Profissional conseguirá se reinserir no mercado de trabalho?

() sim () não, por quê? _____

28. O (a) Sr. (a) acha que na sua empresa tem possibilidade de reinserção em outro cargo?

() sim () não, por quê? _____

29. Em caso de alta do INSS, dentro da sua profissão o (a) Sr. (a) acha que consegue um novo emprego?

() sim () não, por quê? _____

30. Em caso de alta do INSS, o (a) Sr. (a) acha que o curso oferecido pelo serviço de Reabilitação Profissional vai facilitar conseguir um novo emprego com a perspectiva de uma nova profissão?

() sim () não, por quê? _____

31. O (a) Sr.(a) acha que essa nova profissão vai permitir manter a mesma faixa salarial de antes?

() sim () não, por quê? _____

32. O (a) Sr. (a) acha que deveria ser aposentado (a)?

() não

() sim, por quê? () está doente () a minha doença não tem cura, a tendência é piorar

() sua empresa vai mandá-lo(a) embora () medo de não arrumar novo emprego ()

sofre pressão / assédio moral na empresa () não tem expectativa de trabalho após conclusão do processo de Reabilitação Profissional () Outros: _____

33. Outras observações (que gostaria de colocar):

ANEXOS

ANEXO A

Lei nº. 11.907, de 2 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória das Carreiras de Oficial de Chancelaria e de Assistente de Chancelaria, de que trata o art. 2º da Lei nº 11.440, de 29 de dezembro de 2006, da Carreira de Tecnologia Militar, de que trata a Lei nº 9.657, de 3 de junho de 1998, dos cargos do Grupo Defesa Aérea e Controle de Tráfego Aéreo - Grupo DACTA, de que trata a Lei nº 10.551, de 13 de novembro de 2002, dos empregos públicos do Quadro de Pessoal do Hospital das Forças Armadas - HFA, de que trata a Lei nº 10.225, de 15 de maio de 2001, da Carreira de Supervisor Médico-Pericial, de que trata a Lei nº 9.620, de 2 de abril de 1998, das Carreiras da Área de Ciência e Tecnologia, de que trata a Lei nº 8.691, de 28 de julho de 1993, do Plano de Carreiras e Cargos da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, de que trata a Lei nº 11.355, de 19 de outubro de 2006, das Carreiras e do Plano Especial de Cargos do Departamento Nacional de Infra-Estrutura de Transportes - DNIT, de que trata a Lei nº 11.171, de 2 de setembro de 2005, da Carreira da Seguridade Social e do Trabalho, de que trata a Lei nº 10.483, de 3 de julho de 2002, da Carreira Previdenciária, de que trata a Lei nº 10.355, de 26 de dezembro de 2001, dos Policiais e Bombeiros Militares dos Ex-Territórios Federais e do antigo Distrito Federal, de que trata a Lei nº 10.486, de 4 de julho de 2002, do Plano Especial de Cargos da Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, de que trata a Lei nº 11.356, de 19 de outubro de 2006, do Plano Especial de Cargos da Empresa Brasileira de Turismo - EMBRATUR, de que trata a Lei nº 11.356, de 19 de outubro de 2006, do Plano de Classificação de Cargos, de que trata a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, do Plano Geral de Cargos do Poder Executivo, de que trata a Lei nº 11.357, de 19 de outubro de 2006, do Quadro de Pessoal da Imprensa Nacional, de que trata a Lei nº 11.090, de 7 de janeiro de 2005, da Gratificação de Incremento à Atividade de Administração do Patrimônio da União - GIAPU, de que trata a Lei nº 11.095, de 13 de janeiro de 2005, das Carreiras da área de Meio Ambiente, de que trata a Lei nº 10.410, de 11 de janeiro de 2002, do Plano Especial de Cargos do Ministério do Meio Ambiente e do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - IBAMA, de que trata a Lei nº 11.357, de 19 de outubro de 2006, das Carreiras e do Plano Especial de Cargos do FNDE, de que trata a Lei nº 11.357, de 19 de outubro de 2006, das Carreiras e do Plano Especial de Cargos do INEP, de que trata a Lei nº 11.357, de 19 de outubro de 2006, dos Juizes do Tribunal Marítimo, de que trata a Lei nº 11.319, de 6 de julho de 2006, do Quadro de Pessoal da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, do Plano de Carreiras e Cargos do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - INMETRO, de que trata a Lei nº 11.355, de 19 de outubro de 2006, do Plano de Carreiras e Cargos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, de que trata a Lei nº 11.355, de 19 de outubro de 2006, do Plano de Carreiras e Cargos do Instituto Nacional de Propriedade Industrial - INPI, de que trata a Lei nº 11.355, de 19 de outubro de 2006, da Carreira do Seguro Social, de que trata a Lei nº 10.855, de 1º de abril de 2004, das Carreiras e do Plano Especial de Cargos do Departamento Nacional de Produção Mineral - DNPM, de que trata a Lei nº 11.046, de 27 de dezembro de 2004, do Quadro de Pessoal da AGU, de que trata a Lei nº 10.480, de 2 de julho de 2002, da Tabela de Vencimentos e da Gratificação de Desempenho de Atividade dos Fiscais Federais Agropecuários, de que trata a Lei nº 10.883, de 16 de junho de 2004, da Gratificação de Desempenho de Atividade Técnica de Fiscalização Agropecuária - GDATFA, de que trata a Lei nº 10.484, de 3 de julho de 2002, da Gratificação de Desempenho de Atividade de Perito Federal Agrário - GDAPA, de que

trata a Lei nº 10.550, de 13 de novembro de 2002, da Gratificação de Desempenho de Atividade de Reforma Agrária - GDARA, de que trata a Lei nº 11.090, de 7 de janeiro de 2005, da Gratificação de Desempenho da Carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho - GDPST, de que trata a Lei nº 11.355, de 19 de outubro de 2006, das Carreiras e Planos Especiais de Cargos das Agências Reguladoras, de que tratam as Leis nºs 10.768, de 19 de novembro de 2003, 10.871, de 20 de maio de 2004, 10.882, de 9 de junho de 2004, e 11.357, de 19 de outubro de 2006, da Gratificação Temporária das Unidades Gestoras dos Sistemas Estruturadores da Administração Pública Federal - GSISTE, de que trata a Lei nº 11.356, de 19 de outubro de 2006; dispõe sobre a instituição da Gratificação Específica de Produção de Radioisótopos e Radiofármacos - GEPR, da Gratificação Específica, da Gratificação do Sistema de Administração dos Recursos de Informação e Informática - GSISP, da Gratificação Temporária de Atividade em Escola de Governo - GAEG e do Adicional por Plantão Hospitalar; dispõe sobre a remuneração dos beneficiados pela Lei nº 8.878, de 11 de maio de 1994; dispõe sobre a estruturação da Carreira de Perito Médico Previdenciário, no âmbito do Quadro de Pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, do Plano de Carreiras e Cargos do Instituto Evandro Chagas e do Centro Nacional de Primatas e do Plano Especial de Cargos do Ministério da Fazenda; reestrutura a Carreira de Agente Penitenciário Federal, de que trata a Lei nº 10.693, de 25 de junho de 2003; cria as Carreiras de Especialista em Assistência Penitenciária e de Técnico de Apoio à Assistência Penitenciária; altera as Leis nºs 9.657, de 3 de junho de 1998, 11.355, de 19 de outubro de 2006, 10.551, de 13 de novembro de 2002, 10.225, de 15 de maio de 2001, 11.344, de 8 de setembro de 2006, 8.691, de 28 de julho de 1993, 11.171, de 2 de setembro de 2005, 10.483, de 3 de julho de 2002, 10.355, de 26 de dezembro de 2001, 11.457, de 16 de março de 2007, 11.356, de 19 de outubro de 2006, 11.357, de 19 de outubro de 2006, 11.090, de 7 de janeiro de 2005, 11.095, de 13 de janeiro de 2005, 10.410, de 11 de janeiro de 2002, 11.156, de 29 de julho de 2005, 11.319, de 6 de julho de 2006, 10.855, de 1º de abril de 2004, 11.046, de 27 de dezembro de 2004, 10.480, de 2 de julho de 2002, 10.883, de 16 de junho de 2004, 10.484, de 3 de julho de 2002, 10.550, de 13 de novembro de 2002, 10.871, de 20 de maio de 2004, 10.768, de 19 de novembro de 2003, 10.882, de 9 de junho de 2004, 11.526, de 4 de outubro de 2007; revoga dispositivos das Leis nºs 8.829, de 22 de dezembro de 1993, 9.028, de 12 de abril de 1995, 9.657, de 3 de junho de 1998, 10.479, de 28 de junho de 2002, 10.484, de 3 de julho de 2002, 10.551, de 13 de novembro de 2002, 10.882, de 9 de junho de 2004, 10.907, de 15 de julho de 2004, 10.046, de 27 de dezembro de 2004, 11.156, de 29 de julho de 2005, 11.171, de 2 de setembro de 2005, 11.319, de 6 de julho de 2006, 11.344, de 8 de setembro de 2006, 11.355, de 19 de outubro de 2006, 11.357, de 19 de outubro de 2006; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11907.htm#art30§4>. Acesso em: 5 fev. 2013.

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL PREVIDENCIÁRIO: perspectivas a partir da saúde do trabalhador

Pesquisador: Claudia Mazzei Nogueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10269112.7.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 167.671

Data da Relatoria: 10/12/2012

Apresentação do Projeto:

A pesquisa *“O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL PREVIDENCIÁRIO: perspectivas a partir da saúde do trabalhador”* visa compreender o funcionamento do serviço de Reabilitação Profissional na atualidade, especialmente em Florianópolis, como resposta ao processo de saúde-doença, com vistas à reinserção do trabalhador em atividades laborais. Pretende-se entrevistar os profissionais que atuam no serviço de Reabilitação Profissional do INSS de Florianópolis e usuários deste.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Compreender o funcionamento do serviço de Reabilitação Profissional na atualidade, especialmente em Florianópolis, como resposta ao processo de saúde-doença, com vistas à reinserção do trabalhador em atividades laborais.

Objetivo Secundário:

Compreender a dinâmica de atendimento de atenção à saúde do trabalhador no âmbito do serviço de Reabilitação Profissional; Discutir a política social previdenciária de proteção ao trabalho e seguro social como resposta aos agravos à saúde do trabalhador; Contribuir com fundamentos para pensar a Reabilitação Profissional no âmbito das políticas públicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



A previsão de riscos mencionado neste item se refere a qualquer desconforto, de qualquer ordem, relacionado aos participantes da pesquisa. De acordo com a Resolução 196/96 V - RISCOS E BENEFÍCIOS - Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

Benefícios:

A pesquisa pretende contribuir com os pesquisadores da área da previdência social (entre eles, os Assistentes Sociais que compõem a equipe de Reabilitação Profissional), saúde coletiva, interessados na temática, sindicatos e trabalhadores que tem adoecido e/ou se acidentado na realização de atividades laborais

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos estão de acordo com o solicitado pelo CEPESH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As alterações no TCLE foram realizadas satisfazendo as solicitações do CEPESH.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

colegiado

FLORIANOPOLIS, 10 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

CEPSH » Resultado dos projetos

Página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Desde 1960 compre com a socieda

Navegação

- Início
- Submissão de Novos Projetos – 2012 ATUALIZADO »
- Cronograma de reuniões 2013
- Resultado dos projetos**
- Resposta às pendências, emendas e notificações de projetos
- Relatórios ANUAIS de Acompanhamento de projetos enviados até 2011
- Membros
- Regimento Interno
- Legislação
- Contato
- Destaques**
- Avisos
- Eventos
- Notícias

Resultado dos projetos

RESULTADOS DE PROJETOS ENVIADOS VIA “PLATAFORMA BRASIL” A PARTIR DE 2012

Assim que estiver disponível o parecer consubstanciado do projeto enviado, será encaminhado automaticamente um email aos pesquisadores cadastrados na pesquisa .

Acessar a plataforma em: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>.

Fazer o login com email e senha; localizar a pesquisa; clicar em “detalhar” e abrir o arquivo do parecer denominado “PB Parecer consubstanciado CEP”.

O PARECER NÃO PRECISA DE ASSINATURAS, POIS PODERÁ SER VALIDADO DIGITALMENTE. Para isso acessar a pagina da Plataforma, embaixo de “Publico” clicar em “Buscas” e “pesquisar validade do CAAE” ou “pesquisar validade do parecer”. Com estas informações, qualquer pessoa de posse do parecer poderá confirmar que seu projeto foi avaliado e aprovado no CEP.

[Plataforma Brasil](#) (clique aqui)

Calendário de Eventos

abril

S	T	Q	Q	S
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30			

« dez

Lista de Links

- CONEP
- CONSULTA PÚBLICA RES. 1
- Currículo Lattes/CNPq
- Folha de Rosto/ SISNEP

1960 - 2010 - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) | Central Telefônica - (48) 3721-9000 | Última atualização do site foi em 19 de fevereiro 2013 - 23:59:02

Disponível em: <<http://cep.ufsc.br/resultado-dos-projetos/>>. Acesso em 14 abr. 2013.